361
مارس
2009

الخجل

تأليف: راي كروزير
ترجمة: أ. د. معتز سيد عبدالله

سعر النسخة

الكويت ودول الخليج	دينار كويتي
الدول العربية	ما يعادل دولارا أمريكيا
خارج الوطن العربي	أربعة دولارات أمريكية

الاشتراكات

دولة الكويت

للأفراد	15 د.ك
للمؤسسات	25 د.ك

دول الخليج

للأفراد	17 د.ك
للمؤسسات	30 د.ك

الدول العربية

للأفراد	25 دولارا أمريكيا
للمؤسسات	50 دولارا أمريكيا

خارج الوطن العربي

للأفراد	50 دولارا أمريكيا
للمؤسسات	100 دولار أمريكي

تسدد الاشتراكات مقدما بحوالة مصرفية باسم المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب وترسل على العنوان التالي:

السيد الأمين العام
للمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب
ص.ب: 28613 ـ الصفاة ـ الرمز البريدي13147
دولة الكويت
تليفون : ٢٤٣١٧٠٤ (٩٦٥)
فاكس : ٢٤٣١٢٢٩ (٩٦٥)

الموقع على الإنترنت:
www.kuwaitculture.org.kw
ISBN 978 - 99906 - 0 - 266 - 1
رقم الإيداع (٢٠٠٩/٠٠٨)

العنوان الأصلي للكتاب

Understanding Shyness
Psychological Perspectives

by
W.Ray Crozier

Palgrave, United Kingdon, 2001

طبع من هذا الكتاب ثلاثة وأربعون ألف نسخة

ربيع الأول ١٤٣٠ هـ - مارس ٢٠٠٩

المحتوى

مقدمة المترجم

«إن للخجل تاريخا طويلا من الإرهاصات والكتابات الأدبية والفلسفية غير العلمية، وتاريخا قصيرا من الاهتمام العلمي النفسي الرصين به بوصفه ظاهرة تستحق إلقاء الضوء عليها بالشكل الذي تناوله المؤلف في كتابه الحالي»

المترجم

يمثل الخجل موضوعا مهما في تفاعلاتنا الاجتماعية بمختلف صورها، وبتباين نطاقها لتشمل علاقات الصداقة والزمالة والأسرة والعمل، ومن ثم فإنه يؤثر في التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد، ويعرقل التواصل البناء فيما بينهم، إذا وصل إلى درجات مرتفعة تعوق الإنسان في تعبيره عن ذاته أمام الآخرين وتفقده ثقته بنفسه، مما يزيد من المشاعر السلبية التي تتراكم لديه نتيجة لذلك. لهذا كان التوجه إلى ترجمة هذا الكتاب ونشره في سلسلة «عالم المعرفة» نظرا إلى الحاجة الماسة إلى مؤلف مبسط في موضوع الخجل يمكن أن يفيد القارئ العربي، وذلك لأهمية هذا الموضوع على المستويين الفردي والجماعي. ومن ثم تتمثل أهمية الكتاب الحالي ومدى جدته وأصالته والحاجة إليه في العديد من الاعتبارات التي تبرر نشره على نطاق واسع ليستفيد منه أكبر عدد من الأفراد، وأهم هذه الاعتبارات ما يلي:

أولا: يعـد مـؤلف الكتـاب راي كـروزير Ray Crozier أحـد العلمـاء المتخصصين في موضوع الخجل، وقد أعطاه اهتماما علميا وبحثيا تجاوز ثلاثة عقود من الزمن، كرّس خلالها جهوده لسبر غور هذا المفهوم الذي لا يوجد اتفاق بين الباحثين حتى الآن حول معناه ومظاهره، ودلالاته السلوكية الحاكمة للتفاعل الاجتماعي بين الخجول والشخص الآخر الذي تربطه به علاقة. فقد ألف كروزير أكثر من عشرة مؤلفات فى الخجل والقلق الاجتماعي والرهاب الاجتماعي والارتباك واتخاذ القرار، هذا فضلا على خبراته العملية الإرشادية والعلاجية مع مرضى الرهاب الاجتماعي بمعناه العام، وتركيزه على العلاجات النفسية السلوكية والمعرفية، بعيدا عن العقاقير ومخاطرها العديدة على المرضى، التي لا تخفى على أحد. وتأكيده أهمية التعامل مع الخجل وغيره من الخصال والسمات المماثلة ليس على أنه مرض لا سبيل إلى علاجه إلا بالعقاقير والأدوية، بل بتعديل السلوك والأفكار والمعتقدات اللاعقلانية وغير الصحيحة المرتبطة به، وتنمية المهارات الاجتماعية. لذلك، فإن المؤلف في هذا الكتاب يقدم دليلا عمليا لكيفية التعامل المبكر مع الخجل، قبل أن يستفحل ويصل إلى الرهاب الاجتماعي الذي ربما يصعب علاجه. هذا فضلا على تقديم بعض النصائح والتوجيهات والإرشادات للأفراد الذين يعانون الخجل، ويقف حجر عثرة أمام توافقهم النفسي والاجتماعي البنّاء.

ثانيا: يقدم الكتاب عرضا نقديا مبسطا لأهم ما توصلت إليه الدراسات النفسية الحديثة من نتائج في موضوع الخجل والمفاهيم وثيقة الصلة به، وبيان دلالاتها ومعانيها للقارئ، وكيفية الاستفادة منها، سواء في ذلك القارئ العادي الذي يحاول أن يستفيد من هذه الدلالات في تطوير نفسه وتعديل سلوكه، والتخلص من المشاعر السلبية للخجل وتأثيرها في تفاعلاته الاجتماعية مع الآخرين، أو القارئ المتخصص في هذا الموضوع والموضوعات وثيقة الصلة به، وكيفية توظيفه للنتائج التي يعرضها الكتاب من أجل تكثيف جهوده البحثية في جانب معين من الجوانب الثرية لموضوع الخجل، وكذلك الجهود الإرشادية والعلاجية، مع

الوضع في الاعتبار بعض الفروق الثقافية في مترتبات الخجل وآثاره على الأفراد والمجتمع، ومدى تقبل المجتمع للأفراد الخجولين، والنظرة الفارقة لكل من الرجل الخجول والمرأة الخجولة، وكيفية التعامل مع كل منهما، وسبل توجيههما وإرشادهما. وقدم المؤلف ذلك من خلال مختلف التوجهات النظرية النفسية. فمن منظور علم النفس الارتقائي يسأل المؤلف: ما الذي يجعل الأفراد خجولين؟ هل الجينات الوراثية أم الخبرات المبكرة التى يمر بها هؤلاء الأفراد في الأسرة هي التي تعرضه لأن يصبح طفلا مكفوف السلوك أو راشدا خجولا؟ وإلى أي حد تتفاعل هذه العوامل الوراثية والبيئية معا في تحديد درجة ما يعانيه الفرد من خجل؟ ومن منظور الشخصية يسأل المؤلف: هل الخجل يعد سمة أساسية من سمات الشخصية؟ وإذا كان كذلك، فهل يختلف عن سمات الشخصية الأخرى مثل الانطواء والقلق الاجتماعي؟ ومن منظور علم النفس الاجتماعي يوضح المؤلف إلى أي مدى يوجد تشابه بين الخجل والارتباك، وذلك في إطار ظاهرة احمرار الوجه التي ترتبط بهما، وما السبب في احمرار وجه أحد الأشخاص في موقف معين بينما لا يكون ذلك واضحا لدى شخص آخر يمر بالموقف نفسه؟ وهل الخجل والارتباك شكلان مختلفان من القلق أم أنهما انفعالان متمايزان؟ وكيف يمكن فهم الوعي بالذات في الحالتين؟ وأخيرا يتناول المؤلف الخجل من منظور علم النفس العيادي فى إطار المفهوم الواسع للقلق الاجتماعي، ويعرض لأساليب علاجه، ويقارن بين جميع الأساليب العلاجية، بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، ويبين مدى خطورة العلاج الدوائي، وينصح بعدم اللجوء إليه إلا في الضرورة القصوى، مقارنة بالعلاج المعرفي السلوكي. وعلى ذلك، فإن النظر إلى الخجل من مختلف هذه المناظير والتوجهات البحثية هو إحدى مميزات الكتاب الحالي، التي تتيح لنا فهما شاملا لظاهرة معقدة مثل الخجل يعرضها المؤلف بسلاسة وبساطة، من دون تحيز لفكرة أو تعصب لرأي، بشكل يوحي للقارئ بأن المؤلف يتبنى كل النظريات والأفكار التي عرضها.

ثالثا: الخجل مفهوم محوري يتداخل مع العديد من المفاهيم التي ميز مؤلف الكتاب بينها وبين الخجل بوضوح وسلاسة مثل الانطواء والعزلة والرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي والحياء والخزي والارتباك والانفعالات والثقة بالنفس والتوافق النفسي والاجتماعي، وغيرها من المفاهيم الأخرى. فمثل هذا التمييز الدقيق له قيمته العلمية، سواء على المستوى النظري أو التطبيقي، ويدفع في اتجاه تحقيق التقدم العلمي المنشود في دراسة مثل تلك الموضوعات شديدة الأهمية والثراء كالخجل.

رابعا: يشمل الخجل الأفراد في مختلف المراحل العمرية: الأطفال والمراهقين والراشدين. ومن ثم يتبين أنه يظهر في مراحل الطفولة المبكرة، ويؤثر في هؤلاء الأطفال في مراحل ارتقائهم التالية، ويؤدي إلى سوء تفاعلاتهم الاجتماعية مع الآخرين كبارا وصغارا. هذا وإن كان يأخذ صورا ودلالات في مراحل الطفولة، ربما تتباين عن مثيلتها لدى الراشدين. لذلك فإن التشخيص المبكر للخجل عند الأطفال في مراحل العمر المبكرة مطلب مهم، وهدف يجب أن يسعى الجميع إلى إدراكه، والوصول إليه، وذلك بقصد الوقاية منه قبل أن تتفاقم درجات الخجل وتتطور إلى أحد الاضطرابات النفسية الشديدة مثل الرهاب الاجتماعي والقلق الاجتماعي اللذين ربما يصعب علاجهما، فضلا على ما يستغرقه هذا العلاج من وقت وجهد، لذلك يجب أن تعي الأسرة جيدا هذا المطلب في ظل التنشئة الاجتماعية السليمة، وأساليب المعاملة الوالدية التي تدعم الاستقلال والثقة بالنفس لدى أبنائها، ودفعهم إلى التفاعل البناء الذي يمكنهم من تحقيق ذواتهم والوصول إلى أهدافهم المأمولة. لذلك يقدم الكتاب هذه الدلالات العمرية للخجل ويعرض لمظاهره عبر مختلف المراحل العمرية، ويبين سبل تطوره وتفاقم شدته، وكيفية التعامل معه من خلال الوعي بالذات والاستبصار بها.

خامسا: يوضح مؤلف الكتاب أن الخجل ليس حكرا على حياتنا المعاصرة، بل وُجد في كل العصور والأزمنة، وعانته كل المجتمعات. فعلى سبيل المثال قدم الروائي الفرنسي بنيامين كونستانت B. Constant في روايته «أدولف» Adolphe المنشورة العام ١٨١٦ وصفا رائعا للخجل، ومدى المعاناة التي يعايشها الشخص الخجول، يقترب إلى حد كبير من الأوصاف العلمية الحديثة له. وهو ما تكرر في كتابات أدباء وفلاسفة آخرين لا يتسع المجال لذكرهم. ويعني ذلك أن للخجل تاريخا طويلا من الإرهاصات والكتابات الأدبية والفلسفية غير العلمية، وتاريخا قصيرا من الاهتمام العلمي النفسي الرصين به بوصفه ظاهرة تستحق إلقاء الضوء عليها بالشكل الذي تناوله المؤلف في كتابه الحالي من مختلف الجوانب.

سادسا: على الرغم من الإشارة السابقة إلى أن الخجل موجود في كل العصور وتعانيه كل المجتمعات، فإن الحياة المعاصرة الحالية ربما تدعم نسب انتشاره وعدد الأفراد الذين يعانون وطأته، وبوجه خاص فيما يتعلق بتكنولوجيا الاتصالات الحديثة، وأثرها في دعم خجل الأفراد صغارا وكبارا. فكل أساليب الاتصال التي تشمل الإنترنت والهواتف المحمولة وغيرها يسرت حدوث التواصل غير المباشر بين الأفراد، في سياقات التفاعل كافة وباختلاف مضامينه، ومن ثم يفقد الأفراد ثراء التواصل المباشر بشقيه اللفظي وغير اللفظي، ويكون التواصل غير المباشر من خلال وسائل الاتصال التكنولوجية مقصورا على الجانب اللفظي فقط الذي يكون أساس الحوار بين الطرفين. وهذا من شأنه أن ينمي الخجل ويعززه لدى الأفراد.

سابعا: تمثل إدارة الخجل ركنا أساسيا وجوهريا في مختلف البرامج التنموية التي تعنى باكتشاف الذات وتطويرها. فلا بد في هذه البرامج من تعزيز الثقة بالنفس، وبيان سبل التغلب على الخجل وما يرتبط به من أعراض مزعجة لصاحبه كاحمرار الوجه والارتباك في المواقف الاجتماعية. وهذا ما يبينه الكتاب بشكل بسيط يمكّن من

يهدف إلى ذلك من تحقيقه بسهولة ويسر من دون تعقيد المفاهيم أو غموضها. وهذا يوسع من نطاق الأفراد الذين يمكنهم الاستفادة من الكتاب الحالي.

لذلك تبدو أهمية الخجل بوصفه ظاهرة نفسية أو سمة شخصية جديرة بالاهتمام ليس من قبل الباحثين المختصين فقط، لكن من جميع الأفراد في مختلف مراحل عمرهم، ربما من الطفولة المبكرة. ومن ثم تبرز قيمة ترجمة الكتاب الحالي إلى اللغة العربية، ليكون دليلا علميا مبسطا لكل المعنيين بالخجل، سواء في ذلك الأشخاص الخجولون أو من يتفاعلون معهم، وتربطهم بهم علاقات وثيقة، أو الباحثون المعنيون بسبر غور هذا المفهوم والكشف عن دلالاته وآثاره في سلوك الأفراد: صغارا وكبارا.

مقدمة

«إن الشخص الخجول عادة ما يسلك مسلكا دفاعيا، إذ ينأى بذاته عن مواقف التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، ويكره أن يعبر عن آرائه وأن يبدي اختلافه مع آراء الآخرين، ويحرص دائما على أن يكون في خلفية الصورة بعيدا عن الآخرين»

المؤلف

«تنتابني فجأة حالة من الخجل الشديد»، «أنا بطبيعتي خجول، وكثيرا لا أجد ما أقوله»، «إنها إنسانة غاية في الخجل». تمثل العبارات الثلاث السابقة أمثلة لما يرد في حديثنا اليومي عن الخجل. وكلمة الخجل، شأنها شأن كثير من الكلمات، لا تشير إلى معنى واحد محدد، بل تستخدم بطرق مختلفة لتصف جوانب عديدة من حالة الفرد النفسية في أثناء تفاعلاته في المواقف الاجتماعية، فنحن نصف الفرد بأنه خجول إذا كان يميل إلى الصمت وهو بصحبة آخرين، ويشعر بالضيق والتوتر لوجوده في وسط جماعة من الأفراد، ويكره أن تسلط الأضواء عليه، أو يكون موضع ملاحظة الآخرين واهتمامهم، أو يشعر بالتردد والخوف إذا كان بصدد مقابلة شخص يراه ولم يسبق له التعامل معه. وكذلك فإن الفرد ربما يشعر بالخجل عندما يفكر في أنه سيكون محل ملاحظة الآخرين وتعليقاتهم عندما يغير شكل قصة شعره وشكل ملابسه

وأسلوب ارتدائه لها. والمرأة ربما تشعر بالخجل، ولا تجد ما تقوله حينما تريد أن تخبر إحدى صديقاتها بأنها حامل. أما بالنسبة إلى الأطفال فخجلهم يأخذ عادة شكل الحياء الشديد، والتصرف بتحفظ مبالغ فيه، وانعقاد اللسان وعدم انطلاقه في الحديث وبخاصة مع الأكبر سنا.

وإذا كنا نستخدم مصطلح الخجل كمسمى لمثل تلك المشاعر والسلوكيات السلبية، فمن الممكن استخدامه أيضا لتفسيرها والوقوف على معانيها ودلالاتها. فلأن الشخص خجول، فهو لا يجد ما يقوله، ويتردد في تلبية دعوة ما، ويشعر بالتوتر عند وجوده مع آخرين. وهو ما يعني أن الخجل هو سبب تلك المشاعر والسلوكيات السلبية. وأحد التفسيرات النفسية الشائعة للخجل اعتباره كاشفا عن الحالة المزاجية للفرد. ومن ثم فعندما نقول إن فلانا شخص خجول، فإننا نعني أن سمة الخجل تمثل مكونا أساسيا في شخصيته، أو أن شخصيته من النمط الخجول. والشخص الذي يتسم بتلك السمة أو تنتمي شخصيته إلى هذا النمط الخجول، يجد أنه من الصعب عليه أن يكون مقداما جريئا، منفتحا على الآخرين، شاعرا بالهدوء والاسترخاء، تلقائيا في أفكاره وسلوكه، بل - على العكس من ذلك - يكون قلقا، مترددا، متحفظا، قليل الكلام. والسمة لا تعني دائما سلوكا سلبيا (كما هي الحال في سمة الخجل)، بل هناك سمات إيجابية تعني سلوكا مقبولا، كأن نصف شخصا ما بأنه معتدل المزاج ومتسامح، ومتواضع، باعتباره يمتلك تلك السمات أو هذا النمط من الشخصية.

واستخدام هذا النوع من التفسير القائم على مفهوم السمة ونمط الشخصية، يمكن أن يساعدنا على مزيد من الفهم الصحيح لسلوك فرد ما وعدم إساءة تفسير سلوكه. فالفرد الذي يبدو عادة قليل الكلام، ويميل إلى العزلة والانزواء، أو الذي يبدو متكبرا مغرورا ولا يبدي ودا للآخرين، يمكن أن نفهمه بشكل مختلف إذا علمنا أنه شخص خجول. وكذلك يساعدنا هذا النوع من التفسير على أن نكون أكثر فهما

لخبراتنا وتصرفاتنا الشخصية في المواقف الاجتماعية، وذلك حينما نعلم أن هناك أنماطا مختلفة للشخصية الإنسانية، وأن لكل منها مسمى محددا، وأن النمط الغالب في شخصية الفرد هو الذي تتحدد من خلاله مشاعر الفرد وسلوكه وأسلوبه في التعامل مع الآخرين، ومن ثم مدى توافقه النفسي والاجتماعي (*).

والخجل ليس مجرد وصف أو تعبير عن الحالة النفسية للفرد، مثلما نقول إن هذا شخص عصبي، أو أن ذاك شخص قلق، بل إن له تأثيرا كبيرا في سلوك الفرد. فربما يأخذ شكل الصمت أو قلة الكلام، ومن ثم عدم قدرة الفرد على المشاركة في محادثة أو نقاش مع شخص آخر، أو حتى النظر في عين من يحادثه. إن الشخص الخجول عادة ما يسلك مسلكا دفاعيا، إذ ينأى بذاته عن مواقف التفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، ويكره أن يعبر عن آرائه وأن يبدي اختلافه مع آراء الآخرين، ويحرص دائما على أن يكون في خلفية الصورة بعيدا عن الآخرين. ولتلك السلوكيات مترتبات سيئة أهمها ما يكونه الآخرون عن الخجول من انطباعات سلبية مثل أنه شخص غير جذاب، وأن صفاته الشخصية ليست محل تقدير. بالإضافة إلى أن الخجول يجد صعوبة في توكيد ذاته (**)، وفي أن يكون موضع انتباه مديريه في العمل مثلا.

ولأسباب نظرية وأخرى عملية، يولي علماء النفس قدرا كبيرا من الاهتمام بدراسة صعوبات التفاعل الاجتماعي والمشكلات التي ترتبط بها، وذلك لما للعلاقات الاجتماعية من أهمية شديدة في

(*) نظريات أنماط الشخصية من النظريات القديمة التي قدمت لتفسير الشخصية الإنسانية. ولعل أشهرها نظريات كريتشمر ويونغ وغيرهما. ومع ذلك فإن التفسير الفئوي لأنماط الشخصية الإنسانية (الذي يصنف الأفراد إلى فئات طبقا لسماتهم) يلقى انتقادات عديدة نظرا إلى صعوبة تصنيف البشر في فئات صارمة بهذه الصورة، بحيث إن الشخص ينتمي إلى فئة بعينها دون غيرها [المترجم].

(**) توكيد الذات إحدى المهارات الاجتماعية المحددة لكفاءة التفاعل مع الآخرين في مختلف سياقات الحياة اليومية، ويقصد به الدفاع عن الحقوق الخاصة بأسلوب سلمي، والتعبير عن الأفكار والمعتقدات والمشاعر على نحو صريح ومباشر، وبطريقة مناسبة لا يترتب عليها أي أذى للآخرين، ولا تؤدي إلى انتهاك حقوقهم مثلما هي الحال في السلوك العدواني أو العنيف. وعلى ذلك فتوكيد الذات مهارة مرغوبة يتعين تنميتها وتمثل دلالاتها لدى مختلف الأفراد: صغارا وكبارا [المترجم].

تأثيرها في الحالة النفسية للفرد، ومن ثم استجاباته لمختلف تلك المواقف. فشخصية الفرد تتشكل من خلال علاقاته الاجتماعية المبكرة بأفراد أسرته، وقدرة الطفل على التواصل مع الأطفال الآخرين، سواء في مواقف اللعب أو في المدرسة، وقدرته على تكوين صداقات، تعد عملية بالغة الأهمية لتوافقه النفسي والاجتماعي. أما في مرحلة الرشد، فإن الحياة الملائمة والفعالة للراشد هي تلك التي تقوم على التكامل لكل جوانب عالمه الاجتماعي الواسع والمعقد، الذي يشمل أسرته وعمله وصداقاته، وقضاءه وقت فراغه وتفاعلاته الاجتماعية المتعددة بمختلف أشكالها وتباين درجاتها. ولعل أحد الملامح المميزة للحياة في أي مجتمع تكنولوجي حديث هو أن العلاقات الاجتماعية بين الأفراد والتفاعلات القائمة فيما بينهم، أصبحت تتحدد وفق الخصائص والسمات الشخصية للفرد، وليس وفقا للجماعة أو الجماعات التي ينتمي إليها الفرد فقط. وهو ما يعني زيادة أثر العوامل الشخصية، وانخفاض أثر الخلفية الاجتماعية التي ينتمي الفرد إليها. فعلى سبيل المثال، على الرغم من أن الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد مازالت تمارس تأثيرها بدرجة أو بأخرى في سلوكه، فإن ذلك لم يعد بالوضوح وبالقوة نفسها التي كان عليها في مرحلة تاريخية سابقة، إذ لم يعد الوضع الطبقي الاجتماعي للفرد محددا ومنبئا قويا بسلوكه وتصرفاته وعلاقاته الاجتماعية. إن التفكك الأسري واعتماد المنزل في كل شؤونه على الأدوات التكنولوجية الحديثة، وانتشار المحلات والمطاعم وأماكن الترفيه التي تعتمد على أسلوب «اخدم نفسك بنفسك»، كل ذلك أدى إلى زيادة الفردية وقلل من أثر الجماعية، وأصبح كل فرد كأنه في معزل عن الآخرين. فمعظم تفاعلاتنا الاجتماعية في هذا العصر أصبحت مع غرباء عنا، ننخرط فيها ونقوم بها من دون أن تكون لدينا هاديات واضحة تساعدنا على القيام بها بنجاح، وهو ما يؤثر سلبا – بالطبع – في المحصلة النهائية

لتلك التفاعلات ومن ثم توافقنا النفسي والاجتماعي. ولعل هذا هو السبب فيما نلاحظه من ازدياد أعداد الأفراد الذين يرون أنهم يعانون الخجل (وهو ما سنوضحه في الفصل الأول).

إن ازدياد الفردية وانخفاض وضعف الجوانب الاجتماعية، لم يؤديا إلى زيادة أعداد الخجولين فقط، بل هناك من الدلائل ما يشير إلى أنهما سبب زيادة انتشار «الرهاب الاجتماعي» Social phobia كذلك. ويقصد بالرهاب الاجتماعي، القلق الشديد الذي يعانيه الأفراد في مواقف التفاعل الاجتماعي. والرهاب phobia ربما يكون مصطلحا غير سار للكثيرين، لأنه يذكرهم ببعض المخاوف المحددة كالخوف من العناكب والثعابين والأماكن المغلقة (*)، بينما يعتبر القلق الاجتماعي أكثر عمومية. وثبت أنه من الصعب التمييز الدقيق بين مفهومي الرهاب الاجتماعي والخجل (وهو ما سنعرض له في الفصل السادس). وأدرك الأطباء النفسيون وعلماء النفس أن مشكلات العلاقات الاجتماعية وصعوباتها ترتبط بعدد من الاضطرابات النفسية، كما هو الشأن في حالة الاكتئاب على سبيل المثال. غير أن الدراسات الحديثة سواء في الطب النفسي أو علم النفس العيادي، أشارت إلى أن الفرد ربما يكون مهيأ وأكثر قابلية للإصابة بالاضطراب النفسي بصرف النظر عن طبيعة علاقاته الاجتماعية. ويشهد الوقت الراهن اهتماما كبيرا من الباحثين لتحديد أنسب الوسائل لعلاج مرضى الرهاب الاجتماعي، ومساعدتهم في التغلب على ما يواجهونه من مشكلات تعوقهم عن التفاعل الاجتماعي الكفء.

ويهدف الكتاب الذي بين أيدينا إلى عرض وتقييم أهم ما توصلت إليه الدراسات النفسية لموضوع الخجل من نتائج، ومن ثم بيان كيفية الاستفادة منها وتوظيفها بالشكل الذي يحقق الفائدة.

(*) تتباين المخاوف الاجتماعية في طبيعتها وشدتها، وما يمكن أن تتركه من آثار على سلوك الفرد، ربما تصل به الى العجز عن القيام بالسلوك المطلوب في المواقف المثيرة للخوف أو حتى الاقتراب منها [المترجم].

والواقع أن الخجل، وما يرتبط به من موضوعات، لم يصبح محل الاهتمام المكثف للدراسات النفسية إلا منذ سنوات قليلة. وقد بينت هذه الدراسات أن الفهم الأمثل للخجل، ومن ثم التحديد الدقيق لأسبابه ومظاهره وعلاقته بالمتغيرات الأخرى وأساليب علاجه... إلخ، ليس بالأمر اليسير، لأن الخجل موضوع متعدد الجوانب ومتباين المظاهر، لذلك فهو محل اهتمام أفرع وتخصصات علمية كثيرة، مثل: دراسة ارتقاء سلوك الأطفال، وعلم الوراثة السلوكي، وسمات الشخصية، والتكوين المزاجي، وتحليل العلاقات الاجتماعية، وفسيولوجيا القلق، والعلاجات النفسية والدوائية للقلق الاجتماعي.

ويستمد الكتاب الحالي أصوله من المؤتمر الدولي الذي نظمه المؤلف العام ١٩٩٧ تحت رعاية جمعية علم النفس البريطانية (فرع ويلز) بالتعاون مع كلية التربية بجامعة «كارديف»، وكان عنوانه «الخجل والوعي بالذات». وكان لهذا المؤتمر صداه الواسع على المستوى الشعبي، حيث حظي بتغطية إعلامية مكثفة، مما يؤكد مدى ما يحظى به موضوع الخجل من اهتمام لدى رجل الشارع. وتبين لي ولزملائي الذين تعاملوا مع وسائل الإعلام، سواء الإذاعة أو التلفزيون أو الصحافة، أن الأسئلة محل الاهتمام هي: ما المقصود بالخجل؟ وكيف نعرف أن شخصا ما يعاني الخجل؟ وما آثار الخجل ومترتباته؟ وهل النساء أكثر خجلا من الرجال؟ وما الفرق بين الخجل والارتباك؟ وما أسباب الخجل؟ وهل الخجل وراثي يولد به الشخص، أم أنه مكتسب من البيئة التي يعيش فيها الفرد؟ وهل يمكن للفرد أن يتغلب على خجله بحيث يشفى منه؟ وما الذي يمكن أن يفعله الفرد ليتخلص من الخجل؟

والواقع أنه لا توجد إجابات مباشرة دقيقة عن تلك الأسئلة، وهو ما جعلني أعتقد أنه من المفيد أن أجيب عن تلك الأسئلة وغيرها بعمق وتفصيل من خلال هذا الكتاب. والواقع أن إحدى مشكلات البحث في

موضوع الخجل، كما سبق أن أشرنا، هي أنه موضوع متعدد الجوانب، ومحل اهتمام أفرع مختلفة من علم النفس، وتنتشر دراساته في العديد من المجلات العلمية النفسية المتخصصة. وبالتالي، فإن المهتم بهذا الموضوع أو القارئ العادي، سواء كان طبيبا أو طالبا أو معلما أو رجل دين أو غير ذلك، سوف يجد صعوبة بالغة في الإلمام بكل تلك الدراسات المتعددة والمتناثرة والربط بينها، بشكل ملائم، بحيث يمكنه الاستفادة منها نظريا وعمليا، والوصول إلى إجابات شافية لما يدور في ذهنه من تساؤلات عديدة حوله. والكتاب الحالي يهدف إلى حل تلك المشكلة، حيث يقدم للقارئ ما يمكنه من الإلمام بموضوع الخجل، والاستفادة النظرية والعملية بما عرض فيه من دراسات لها دلالات مفيدة له.

نظرة عامة للكتاب

يتكون الكتاب الذي بين أيدينا من ستة فصول أساسية، وفصل سابع يمثل خاتمة قصيرة لخص فيها ما ورد في الفصول الستة، ثم قائمة مراجع طويلة، يمكن أن يستعين بها من يريد الاستزادة في هذا الموضوع المهم متعدد الجوانب.

يبدأ الفصل الأول بتحليل بعض المظاهر السلوكية الكاشفة عن الخجل، ثم نعرض لتعريفات الخجل، مع التركيز على التوجه الذي يعتبر الخجل إحدى سمات الشخصية. وكذلك نعرض في هذا الفصل للخجل كما تراه النظريات البنائية الكبرى في الشخصية، وإلى أي مدى اعتبرته تلك النظريات سمة محددة ومستقلة وقائمة بذاتها من سمات الشخصية، ونختتم هذا الفصل بعرض لأهم استبيانات قياس الخجل، وأهم الفروق بينها، وكيف يمكن تطبيقها ومعرفة دلالاتها.

ويدور محور اهتمام الفصل الثاني حول بعض النظريات التي تفترض أن الخجل يتضمن ثلاثة مكونات أساسية: معرفية وانفعالية وسلوكية، حيث نناقش كل مكون من تلك المكونات الثلاثة. وفيما يتعلق

بالمكون المعرفي، فهناك ما يشير إلى أن الخجولين يتشابهون في بعض الجوانب المعرفية أهمها طبيعة الشعور بالذات Self-consciousness، والتقييم السلبي للذات. وفي مناقشتنا للجانب الانفعالي ركزنا على محاولات قياس بعض العمليات الانفعالية المتضمنة في الخجل. أما في الجزء الخاص بالمكون السلوكي، فركزنا على اثنين من المظاهر السلوكية للخجل، وهما الصمت أو قلة الكلام، واضطراب التواصل بالعين. وختمنا هذا الفصل بعرض موجز للفروق بين الجنسين في المكون السلوكي للخجل.

وخُصص الفصلان الثالث والرابع لعرض بدايات ظهور الخجل وارتقائه عبر سنوات الرضاعة والطفولة. وتنطلق الدراسات التي أجريت في هذا الصدد من تصور نظري يفترض أن الكف السلوكي Behavioral inhibition هو مزاج أساسي أصيل لدى الأطفال الذين يعانون الخوف من الغرباء والشعور بالانضغاط في المواقف الاجتماعية الجديدة وغير المألوفة لهم. ففي الفصل الثالث نعرض بالمناقشة للدراسات التي أشارت إلى أن الكف مزاج أساسي وخاصية ثابتة في تكوين شخصية الفرد. وهو لا يكون كذلك إلا إذا توافرت له أربعة شروط: أن يظهر هذا الكف السلوكي بوضوح لدى الفرد منذ مرحلة مبكرة من حياته، وأن يظل ثابتا عبر الزمن، وأن يكون قادرا على التنبؤ بسلوك الفرد، وأن يرتبط ببعض المؤشرات البيولوجية العصبية، ونختم هذا الفصل بمناقشة لطبيعة العلاقة بين الكف السلوكي والخجل.

أما الفصل الرابع، فيبدأ بتقييم للأبحاث التي هدفت إلى الكشف عن الأساس الوراثي للخجل، وإلى أي مدى ترجع الفروق فيه لأسباب وراثية فطرية. واعتمدت تلك الأبحاث على دراسة التوائم سواء المتماثلة Identical أو الأخوية Fraternal، وعرضنا بعد ذلك للتأثيرات المتبادلة بين خجل الطفل من ناحية وعلاقته بوالديه من ناحية أخرى، وكيف يؤثر كل منهما في الآخر. وفي

هذا الصدد ركزنا على فكرتين أساسيتين: الأولى هي أن الطفل الخجول إنما يقتدي بنماذج محددة ممن يتعامل معهم، ومن ثم فإنه يصبح خجولا لأنه يقلد نموذجا معينا ويحذو حذوه. والثانية هي أن التوقعات الذاتية للأطفال الخجولين بخصوص قدرتهم على التصرف بكفاءة في المواقف الاجتماعية، توقعات منخفضة وضعيفة. ونختتم هذا الفصل بعرض للعلاقة بين الخجل من جهة، وارتقاء وعي الطفل بذاته وقدرته على تقييم الذات من جهة أخرى.

واختص الفصل الخامس بمناقشة أهم أوجه التشابه والاختلاف بين الخجل والارتباك Embarrassment، سواء باعتبارهما من سمات الشخصية أو استجابات انفعالية غير ملائمة في المواقف الاجتماعية. ثم نعرض لعدد من المواقف المحددة التي عادة ما تستثير ارتباك الفرد، ونناقش إلى أي مدى يتوقف حجم وطبيعة هذا الارتباك على تقدير الفرد لذاته، وإدراكه لعدم قدرته على الاستجابة بشكل ملائم في تلك المواقف. ونناقش أخيرا فسيولوجيا الخجل والارتباك، والتي لاتزال مسألة غير محسومة منذ أن تناولها تشارلز دارون Darwin منذ أكثر من قرن من الزمان.

أما الفصل السادس، فيركز على كيفية مساعدة الأفراد على التغلب على ما يواجهونه من صعوبات في تفاعلاتهم الاجتماعية، ونناقش مفهوم الرهاب الاجتماعي والفروق بينه وبين الخجل، وهل من الملائم اعتبار القلق الاجتماعي «مرضا» قابلا للعلاج. ونتناول في هذا الفصل منحيين أساسيين يهدفان إلى مساعدة الأفراد الذين يعانون الخجل الاجتماعي الشديد في التغلب على صعوباته وآثاره السلبية، الأول هو البرامج السلوكية، بما تتضمنه من مناح معرفية - سلوكية، وتدريب على المهارات الاجتماعية. أما الثاني فهو منحى العلاج الدوائي.

وأخيرا نعرض في الفصل السابع لخاتمة موجزة تحوي ملخصا لأهم ما جاء من أفكار أساسية في الفصول الستة السابقة. ونأمل في أن ينجح هذا الكتاب في إقناع القارئ بأهمية موضوع الخجل وخطورته، وبأنه موضوع يستحق المزيد من الدراسة والبحث لأهميته النظرية والعملية، ودلالته لقطاع كبير من الأفراد سواء المتخصصون أو العامة الذين يحتاجون إلى المعلومات التي يشملها الكتاب.

1

طبيعة الخجل

أولا: مفهوم الخجل

تستخدم كلمة الخجل في الأحاديث اليومية المعتادة للإشارة إلى الشعور بالضيق والانزعاج وعدم الراحة في المواقف الاجتماعية. وليس لكلمة الخجل معنى دقيق محدد، فهي تتضمن معاني الحذر والاحتراس والجبن والكف عن السلوك. وتصف إحدى السيدات ما ينتابها من خجل حال وجودها مع جماعة من الأفراد المعروفين جميعا لها، فتقول:

«أشعر بأنني لست على ما يرام، وأعتقد أنني من الضآلة والتفاهة بحيث لا أستطيع أن أقول أي شيء يمكن أن يلقى أدنى اهتمام من هؤلاء الآخرين، وأشعر بالعجز والارتباك كأنني غريبة عن هذا المكان حتى لو كنا جميعا معا، بحكم أننا أعضاء في النادي ذاته. وإذا سألني أحدهم عن أي شيء أشعر بالقلق والتوتر الشديد، ولا أعرف كيف أو

«بعض علماء النفس شككوا في قيمة مفهوم السمة وأهميته، رافضين فكرة أن هناك سمات حقيقية تحدد سلوك الفرد، ورافضين أيضا الاعتقاد بوجود سمة خاصة بالخجل ضمن سمات الشخصية الإنسانية»

المؤلف

بماذا أرد، ويصاحب ذلك شعور بالسخونة تسري في جسدي ويحمر وجهي. لقد حاولت ألا أكون كذلك، وأن أفعل أي شيء آخر غير هذا الذي يحدث لي، ولكنني لم أستطع سوى الهروب والابتعاد عن الجماعة. وهذا الارتباك والخجل لا يحدث لي أبدا عندما أكون مع أي فرد من تلك الجماعة على حدة، بل فقط عندما أكون مع الجماعة».

إن إحدى الخصائص الشائعة للخجل هي شعور الفرد بأنه لا يجد ما يقوله. ومصدر صمت تلك السيدة هو انشغالها الشديد بأثر ما سوف تقوله ووقعه على الآخرين، وبرأيهم الذي سوف يكوِّنونه عنها في ضوء ما ستقوله. وهي - كما تصف حالتها - تتوقع مسبقا أنهم سيتخذون حيالها رأيا وموقفا سلبيّا، لأنها - ببساطة - ليس لديها ما تقوله ، بحيث يثير قدرا ولو بسيطا من اهتمامهم. ويؤدي هذا الانشغال الشديد إلى درجة عالية من الشعور بالذات، والرغبة الشديدة في الهروب من هذا الموقف. وتشيركذلك هذه السيدة إلى أنها لا تشعر بالخجل في كل المواقف، فهي لا تخجل عندما تتحدث مع فرد واحد، بل ينتابها الخجل فقط وسط الجماعة.

والخجل ليس حكرا على حياتنا المعاصرة، بل يوجد في كل العصور، وفي كل المجتمعات. وعلى سبيل المثال، يقدم الروائي الفرنسي «بنيامين كونستانت» Benjamin Constant في روايته «أدولف» Adolphe المنشورة العام ١٨١٦ وصفا رائعا للخجل، فيقول:

«لا أتذكر أن أبي تحدث معي مرة واحدة حديثا جادّا مدة ساعة واحدة، وذلك خلال السنوات الثماني عشرة الأولى من عمري. وعلى الرغم من أن خطاباته لي كانت مفعمة بالمشاعر الدافئة الفياضة والنصائح الحانية، فإنه ما من مرة نلتقي وجها لوجه، إلا وأجده متحفظا صامتا، وكأنه غير عابئ بي، ولا يحمل لي إلا مشاعر باردة. وفي تلك السنوات لم أكن أعرف ما هو الخجل، ذلك الألم الداخلي الشديد الذي يطاردنا ويضايقنا بشدة حتى في سنوات العمر المتأخرة، ويأخذ مشاعرنا العميقة ليحطمها ثم يضعها مهشمة في قلوبنا، ويجعل

الكلمات على شفاهنا باردة متجمدة، ويعوق أي شيء نحاول أن نقوله، ويتركنا عاجزين عن التعبير عن أنفسنا، لا نشعر إلا بالمرارة والسخرية، كل ما نريده هو أن نثأر من مشاعرنا المؤلمة التي نعجز حتى عن التعبير عنها. لم أكن أدرك أن والدي يعاني الخجل حتى مع ابنه، وبعد أن ظل والدي سنوات طوالا ينتظر مني أن أبدي أي مشاعر دافئة نحوه، منعني عنها ما يبدو لي من مشاعره الباردة نحوي، تركني والدموع تملأ عينيه، متذمرا شاكيا، متهما إياي بأنني لا أحبه» (Constant, 1816; 1964, PP.37-38).

في تصويره الحي والرائع لخبرات ومعاناة الشخص الخجول، الذي يعجز عن التعبير عن نفسه وتوصيل مشاعره إلى الآخرين، نجح كونستانت في أن يضع يده على عدد من الملاحظات الدقيقة، وأثار عددا من القضايا، مازالت حتى الآن مثار اهتمام الباحثين في موضوع الخجل. **فأولا**، أوضح كونستانت أن الخجل يمكن أن يحدث في إطار العلاقات الأسرية الحميمة، ولا يقتصر حدوثه عند التحدث مع الغرباء أو التحدث وسط حشد من الناس. والواقع أن تلك الملاحظة ليست مقصورة فقط على أسرة كونستانت وعلى الحياة الاجتماعية في فرنسا في بدايات القرن التاسع عشر التي تتناولها أحداث الرواية. فهناك آخرون قدموا أوصافا للخجل مشابهة كثيرا لتلك التي قدمها كونستانت مثال ذلك ما قدمه إدموند جوس Edmund Gosse في سيرته الذاتية بعنوان «أب وابن» Father and Son، حيث يصف الخجل في علاقة أب بابنه، وما قدمه ماير F. M. Mayer في روايته «بنت الكاهن» The Rector's Daughter عن الخجل في علاقة بنت بأبيها، وكذلك فيما يذكره أحد الخجولين في إحدى المقابلات العلاجية، حيث يقول:

«لقد حدث هذا عندما كان عمري خمس عشرة سنة، على ما أتذكر، وقتها كنت أنا وعمي نعمل معا كل صباح في القارب، كنا نجدد قاربا نملكه، وحين انتهينا من ذلك قال لي عمي: «حسنا، لقد كنا أنا وأنت فريقا جيدا وقمنا بالعمل على خير وجه»، ولكني لم أرد عليه بأي

كلمة، أو حتى بابتسامة صغيرة. لا أعرف لماذا حدث ذلك، ولكني وجدت نفسي غير قادر على أن أجد ما أقوله لعمي. ومر هذا الموقف، وفيما بعد اعتذرت له، وظللت بعد ذلك أعتذر له سنوات ، لأن العلاقة بيننا لم تعد كما كانت عليه قبل هذا الموقف. ولقد مات عمي، ومازلت لا أعرف لماذا لا أستطيع التغلب على خجلي. إنني كثيرا ما أتعجب وأسأل نفسي: ماذا كان ظن عمي بي وانطباعه عني؟».

وعلى الرغم من أن دراسة الخجل في إطار العلاقات الاجتماعية الحميمة يمكن أن تساعدنا على معرفة كثير من أسباب الخجل، فإن الدراسات التي اهتمت بذلك قليلة، ولا تدعم نتائجها ما أكد عليه «دارون» من أن الشخص شديد الخجل نادرا ما يكشف عن خجله هذا إذا تفاعل مع أشخاص يعرفهم جيدا ومألوفين له، ويكون على ثقة بأنه موضع حبهم وتعاطفهم، وأن رأيهم فيه إيجابي (Darwin, 1872, P.350). فخجل السيدة التي أشرنا إليها في بداية الفصل يبدو أن مصدره هو انشغالها الشديد بتقييم الآخرين لها، وكما سنرى فإن الانشغال الشديد للفرد بنظرة الآخرين وتقييمهم لسلوكه، كأحد أهم أسباب الخجل، يمثل موضع اعتبار لدى العديد من النظريات النفسية للخجل. وعلى الرغم من ذلك فإن هذا لا ينطبق على الخجل لدى والد «أدولف»، إذ لا يبدو أن خجله يرجع إلى انهماكه الشديد في كيفية تقييم الآخرين له.

وثانية النقاط التي أشار إليها بنيامين كونستانت هي أن الخجل يبدو خاصية مميزة للفرد. فخجل والد أدولف ليس مجرد رد فعل لسلوك ابنه على وجه الخصوص، بل يبدو أنه ملمح أساسي لسلوك الأب بشكل عام. وعلى الرغم من أننا لم نعرف على وجه الدقة ما إذا كان خجل الأب يظهر في تفاعلاته الاجتماعية الأخرى، أم أنه مقصور فقط على تفاعله مع ابنه، فإننا نرجح الاحتمال الأول الذي يشير إلى أن الخجل ممتد مع هذا الأب، ويتضح في تفاعله مع ابنه وكذلك مع الآخرين، ما يدل على أنه يتسم بالخجل. ومفهوم السمة أحد المفاهيم

التي صاغتها النظريات النفسية. وعلى الرغم مما لهذا المفهوم من فوائد، فإنه أدى أيضا إلى بعض القضايا الخلافية مثل مدى عمومية السمة، وإلى أي مدى يمكن للسمات أن تساعدنا على وصف وتفسير سلوك الفرد. وسنناقش في نهاية هذا الفصل مسألة اعتبار الخجل سمة من سمات الشخصية.

والنقطة الثالثة التي أشار إليها كونستانت هي أن الخجل لا يظهر إلا في المواقف الاجتماعية، عندما يكون الفرد وجها لوجه مع الآخرين، وفي حالة تفاعل مباشر معهم. فوالد «أدولف» كان قادرا على التعبير عن مشاعره الدافئة وعواطفه الحانية تجاه ابنه في الخطابات التي يرسلها إليه، ولكنه غير قادر على ذلك في وجود ابنه أمامه. إن هذا يعني أن الخجل هو في الأساس خبرة اجتماعية، وهو ما أشار إليه «دارون» حين عرض مثالا لرجل خجول كان يبدو جريئا جسورا في المعارك ويتصرف كبطل مقدام، ولكنه يفقد ثقته بنفسه تماما، وينتابه شعور بالتفاهة والضعة عند وجوده وسط جماعة من الغرباء (Darwin, P.350,1872).

وأخيرا، فإن ما يبديه أحد طرفي التفاعل الاجتماعي من مظاهر سلوكية تدل على الخجل، إنما ينعكس سلبا على استجابات الطرف الآخر. فعندما أبدى والد أدولف ما يشير إلى أنه متبلد ظاهريّا تجاه ابنه وغير عابئ به، أدى ذلك إلى أن الابن لم يبد السلوك والمشاعر التي يتوقعها أبوه منه، الأمر الذي جعل الأب يعتقد أن ابنه متحفظ تجاهه، ومشاعره نحوه جافة باردة. ولا شك في أن رغبة الأب الحقيقية هي أن تكون علاقته بابنه وثيقة، ومفعمة بالمشاعر والأحاسيس الإيجابية المتبادلة، وألا تكون بينهما أي خلافات، والدليل على ذلك الخطابات التي يرسلها إلى ابنه، إلا أن خجل الأب وتحفظه، هو الذي أدى إلى شعوره بجفاء المشاعر وبرود العلاقة بينهما، وازداد هذا الأمر واستفحل لعدم وعي «أدولف» بأن تحفظ والده تجاهه يرجع إلى معاناة الوالد من الخجل. وأسوأ ما في هذا

الأمـر أنه إذا لم يدرك طرفـا التـفـاعل - أو أحـدهـمـا - أن هذا التـحـفظ المتـبـادل يرجع إلى خـجل أحـدهمـا، فـإن هذا التـحـفظ والصـمت المتبـادل، ربما يتـحـول بـالفعل إلى جفـاء وبرود حقـيقي في المشاعر يهدم العـلاقة بينهما. أضف إلى ذلك أنه حتى لو افترضنا أن «أدولف» قد أبدى لوالده مشاعره الإيجابية تجاهه، فإن الوالد لن يمكنه الرد عليـها بالمثل، لأن خجله يجعله غيـر قـادر على ذلك. إن الوصف الذي قدمه كونستانت يكشف عما يمكن أن نسميه درجة حرارة العلاقات الاجتماعية، فكلمات الشخص الخجـول متجمـدة لا دفء فيها، وسلوكه بارد، ومشاعـره فاترة. وأعتقد أن مفهـوم «درجة الحرارة» ملائم للتعبير مجازا عن العناصر الأساسية للخجل، ذلك لأن الصـمت وقلة الكلام والارتبـاك تؤدي بالفـرد الخـجـول إلى «التجـمد» وعدم القدرة على فعل أي شيء. ومعنى ذلك أن تحفظ الشخص الخجول هو الذي يعطي الآخرين انطباعا بأنه شخص بارد المشاعر ولا يهتم بهم وينفر منهم.

والخـجل مـوضـوع جـدير بالدراسـة لأهمـيتـه النظرية والعـمليـة. فدراسته تمدنا بكثير من الاستبصارات عن العمليات المتضمنة في التفاعل الاجتماعي بين الأفراد باختلاف طبيعته ومداه. فعندما يكون هذا التفاعل سلسا طبيعيّا، فإن العمليات المتضمنة فيه، التي تجعله كذلك، عادة ما تكون خفيـة، ونادرا ما يلتفت إليها البـاحثون. أما عندما يكون هناك ما يعوق التفاعل الاجتماعي أو يؤدي إلى ضعفه وتدهوره - مثلما يفعل الخجل - فإن الأمر يستحق الدراسة والبحث للوصول إلى علاج هذه المشكلة وتحسين مستوى التفاعل. وواقع الأمر أن التفـاعل الاجتـمـاعي الذي يبـدو لنا سلسـا طبيـعيّا، إنما هو في حقيقة الأمر نتاج لما يمتلكه أطراف هذا التفاعل من مهارات سلوكية، حتى لو كـان الأفـراد المتفـاعلون غيـر مـدركين لذلك، ويسـتـخـدمـون مهاراتـهم تلـك بطريقـة لا شعورية. والخجل ظاهرة تتحدد بدرجة كبيـرة على أساس اعتقاد الفرد في مهاراته، وقدرته على التفاعل

الاجتماعي بكفاءة. ولا شك في أن دراسة تلك المعتقدات سوف تعرفنا الخصائص والقدرات التي يجب أن يتحلى بها الفرد لكي يشعر بالثقة والاسترخاء والراحة في المواقف الاجتماعية.

وهناك سبب آخر لأهمية دراسة الخجل هو ما يسببه من مشكلات لعدد كبير من الناس، باعتباره آفة تؤرق حياتهم، ومصدرا دائما للشعور بالبؤس والتعاسة وعدم الراحة والاستقرار. ويعتبر البعض الخجل شكلا من أشكال المرض، إلا أنه مرض لا يدركه المتعاملون مع الشخص الخجول ولا يعترفون به. ولهذا ربما نتصور أن الخجل كان في بؤرة اهتمام الدراسات النفسية منذ مدة طويلة، غير أن ذلك ليس صحيحا، فالاهتمام بالخجل اهتمام حديث نسبيّا مقارنة بغيره من الظواهر النفسية الأخرى. ولعل ذلك يرجع إلى عدة أسباب أهمها أن جوانب الخجل كانت بالفعل محل اهتمام علماء النفس منذ مدة طويلة، ولكن تحت مسميات وموضوعات أخرى مختلفة مثل الحساسية من التحدث أمام جماعة، والخوف من التواصل الاجتماعي، والقابلية للارتباك، واضطراب توكيد الذات، والصمت وقلة الكلام، والوعي بالذات، والقلق الاجتماعي، والعصاب الاجتماعي، والرهاب الاجتماعي، واضطراب المهارة الاجتماعية، والرعب من الجمهور. فوجود هذه المفاهيم واهتمام الباحثين بها جعلهم لا يهتمون - إلا أخيرا - بدراسة الخجل كمفهوم محدد قائم بذاته.

لقد أصبح الباحثون الآن أكثر إدراكا لأهمية التحديد الدقيق للمفاهيم، وعدم التداخل فيما بينها، لأن ذلك ضروري للملاحظة الدقيقة للسلوك الدال على المفهوم المعين، ولتوفير أدوات قياس دقيقة لكل مفهوم. وكذلك فإن وضوح المفاهيم وعدم الخلط والتداخل فيما بينها يساعد على تفسير نتائج الدراسات بشكل أكثر كفاءة وأكثر دقة. وعلى سبيل المثال، أشارت بعض الدراسات إلى أن الميل إلى الانعزال والانسحاب الاجتماعي يرتبط بإدراك الأفراد أن احتمال كونهم موضع اتهام بالتقصير والإهمال هو احتمال كبير، في

حين أشــارت دراســات أخــرى إلى عكس ذلك، بمعنى أن هذا الميل يرتبط بإدراك الأفراد أن احتمال اتهامهم بالتقصير والإهمال هو احتمال ضعيف. فهذا التضارب في النتائج ما هو إلا انعكاس للاختلافات بين تلك الدراسات في تحديد معنى الانسحاب الاجتماعي وكيفية تقديره وقياسه (Kerr et al., 1997).

ومن هنا تأتي أهمية ما يسمى التعريفات الإجرائية Operational definitions، وهي تلك التي يمكن ربطها بمظاهر ومرجعيات إمبريقية محددة، إذ يستخدم المفهوم المعين للإشارة إلى مجموعة محددة من المظاهر السلوكية دون غيرها. ويختلف ذلك عن استخدامنا اليومي المعتاد للمفاهيم، الذي يفتقر إلى كثير من التحديد والدقة. وعلى سبيل المثال، فإن معنى ودلالة مفهوم الخجل في استخدامنا اليومي الشائع له يختلف من جماعة إلى جماعة ثانية، ومن مرحلة زمنية إلى أخرى، فأحيانا ما تتضمن كلمة الخجل دلالات إيجابية، حين توحي بالتواضع الذي يعتبره كثيرون سمة إيجابية مرغوبة، وبالتالي فنحن لا نستخدمها دائما للإشارة إلى وجود مشكلات اجتماعية. أما بالنسبة إلى اختلاف معناها ودلالاتها عبر الزمن، فإن الخجل كان يعتبر في الماضي سمة إيجابية لدى النساء. فنساء الطبقة الوسطى في الأعمال الأدبية لجين أوستن Jane Austen، على سبيل المثال، كن يتسمن بالخجل كسمة مرغوبة ومقبولة اجتماعيّا. ولهذا، فإننا نفترض أن التضارب في نتائج دراسات الخجل، إنما يرجع في جزء كبير منه إلى الافتقار إلى تعريف إجرائي محدد لهذا المفهوم.

وناقش ليري (Leary, 1983) هذه النقطة، مشيرا الى أن تعدد تعريفات الخجل، وافتقار معظمها إلى التحديد والإجرائية هو الذي أدى إلى تناثر الجهود البحثية، وفشلها في التوصل إلى تصور واضح ومحدد المعالم عن الخجل. ويفضل ليري استخدام مفهوم القلق الاجتماعي Social anxiety للإشارة إلى «القلق الناشئ لدى الفرد بسبب وجوده مع آخرين في مواقف التفاعل الاجتماعي، سواء أكانت

تلك المواقف حقيقية أم متخيلة» (Schlenker & Leary, 1982, P.642). وأن يقتصر استخدامنا لمفهوم الخجل على الإشارة إلى حالة الكف السلوكي التي تحدث للفرد، مصاحبة لقلقه الاجتماعي.

لقد كان سعي الباحثين إلى وضع تعريف فني وعلمي لمفهوم الخجل أحد أسباب تحسين الوضع البحثي لهذا الموضوع. وعلى سبيل المثال، فقد عرفت إحدى الدراسات المبكرة الخجل على أنه: «حالة من الكف السلوكي الزائد، تصاحبها عادة جملة أعراض جسمية مثل احمرار الوجه والتلعثم والعرق والارتجاف وشحوب الوجه وبعض الحركات الجسمية غير المبررة التي لا هدف لها، مع زيادة في الشعور بالرغبة في التبول والتبرز، وتصاحب ذلك حالة ذهنية أهم خصائصها شعور الفرد بالدونية وبأنه غير مرغوب فيه وبأنه متطفل، مع عدم قدرته على النطق بالكلام المناسب في الوقت المناسب، حيث يدرك الفرد بعد انتهاء الموقف الاجتماعي أنه كان بإمكانه أن يتكلم ويجيب عما يوجه إليه من أسئلة بطريقة أكثر كفاءة كثيرا مما فعل، ويشعر الفرد كذلك بوعيه المبالغ فيه بذاته وباتجاهاته العقلية وبانفعالاته وبمظهره الخارجي على وجه الخصوص» (Lewinsky, 1941, PP.105-106).

إن هذا التعريف يصور - من دون شك - كثيرا من خصائص الخجل ومظاهره، ولكنه مع ذلك لايزال تعريفا غامضا، إذ لم يحدد معدل التكرار الذي عنده تكون تلك المظاهر طبيعية، وبعده تصبح غير طبيعية وتشير إلى الخجل. كذلك أشار هذا التعريف إلى مظاهر عقلية وفسيولوجية وسلوكية للخجل، ولكنه لم يوضح ما إذا كان ضروريّا أن توجد «كل» تلك المظاهر معا، أم يكفي وجود بعضها لكي نقول إننا أمام ظاهرة الخجل؟

فهل نعتبر من تنتابه تلك الحالة الذهنية التي أشار إليها التعريف السابق شخصا خجولا، حتى لو كان قادرا على أن يقول الكلام المناسب في الوقت المناسب؟ وهل تلك الأعراض السلوكية دائما ما تحدث كمظاهر للخجل؟ وهل من المناسب أن نعرف الخجل في ضوء

خصائصه السلوكية، مثل الصمت وقلة الكلام؟ وهل احمرار الوجه خاصية أساسية للخجل؟ إن التعريف السابق لم يقدم لنا إجابات محددة عن أي من تلك الأسئلة وغيرها من الأسئلة المماثلة.

ولذا انتقد هاريس (Harris, 1984) هذا المنحى، مؤكدا أن علماء النفس يجب ألا يسعوا إلى وضع تعريف محدد لمفهوم يستخدمه الناس في لغتهم اليومية ، وأن عليهم أن يميزوا بوضوح بين استخدام الخجل كمصطلح له معنى علمي محدد، واستخدامه كمجرد كلمة لها معانٍ اجتماعية واسعة وغير محددة في سياق الحياة اليومية. ومن ثم يجب على علماء النفس أن يحترموا الاستخدام الشائع لهذه الكلمة، وأن ينصب اهتمامهم العلمي على دراسة معانيها المختلفة، لا على الوصول إلى تعريف واحد محدد لها يقبله الجميع.

إن أهم ما يؤكد عليه «هاريس» هو أن دراسات الخجل يجب أن تبدأ أولا بالتحليل الدقيق لاستخدامات هذه الكلمة ومعانيها ودلالاتها في لغة الحياة اليومية، ثم بعد ذلك يوجه الاهتمام إلى دراسة العمليات المتضمنة في الخجل. والواقع أن ذلك لم يكن أبدا المنحى الذي سلكته دراسات الخجل، باستثناء تلك الدراسة التي أجراها شيك وواطسن (Cheek & Watson, 1989) على عينة من الخجولين الذين أرسلوا خطابات لإحدى الجرائد، طالبين المساعدة للتخلص من الخجل، وذلك بعد قراءتهم مقالا عن الخجل نشرته تلك الصحيفة. وفي تلك الدراسة طُلب من كل فرد من هؤلاء الأفراد أن يجيب عن السؤال التالي: كيف عرفت أنك شخص خجول، وعلى أي أساس قررت ذلك؟ صف باختصار المواقف والظروف التي جعلتك تعتقد أنك تعاني الخجل. وتبين أن إجابات هؤلاء الأفراد توزعت في تسع فئات:

أ - أفكار ومخاوف تتضمن الشعور المبالغ فيه بالذات والخوف من رفض الآخرين.

ب - الخجل الجسدي - الانفعالي، ويشير إلى بعض الأعراض الفسيولوجية مثل احمرار الوجه والعرق.

ج - الأعراض الوجدانية - الانفعالية، مثل الشعور باضطراب المشاعر وتقلبها.

د - إدراك الفرد لضعف مهاراته اللفظية.

هـ - اضطراب بعض مظاهر التواصل غير اللفظي، مثل تجنب الفرد النظر في عين من يتحدث معه.

و - الانسحاب من مواقف التواصل الاجتماعي.

ز - تجنب التفاعلات الاجتماعية.

ح - الآخرون هم الذين يقولون للفرد بأنه خجول، ويطلقون عليه هذا الوصف.

ت - آثار ومترتبات الخجل مثل الشعور بالوحدة.

وكانت أكثر تلك الفئات تكرارا الأفكار والمخاوف والأعراض الوجدانية - الانفعالية ونقص المهارات اللفظية والميل إلى تجنب التفاعلات الاجتماعية على الترتيب. ويدعونا هذا إلى القول بأن المكونات الثلاثة للخجل (المعرفية والفسيولوجية والسلوكية) كانت قائمة جميعها كأسباب دعت الأفراد إلى الاعتقاد أنهم يعانون الخجل. وذكر كثير من المبحوثين أسبابا لاعتقادهم أنهم خجولون من أكثر من فئة من تلك الفئات التسع، في حين ذكر ١٢ في المائة فقط منهم أسبابا من ثلاث فئات. وقد عرَّف شيك وواطسن (1989 P.12) الخجل بأنه: «النزعة الشعورية بالتوتر والقلق وعدم الكفاءة في أثناء مواقف التفاعل الاجتماعي». ولم يشترط التعريف وجود تلك الانفعالات السلبية الثلاثة معا. وأشار الباحثان إلى أن هذا التعريف قريب من الاستخدام اليومي الشائع لكلمة الخجل، وبالتالي فإنه يجنبنا المشكلات التي كانت تنشأ عندما يخبر الاختصاصيون النفسيون الناس بأنهم مخطئون في اعتقادهم بأنهم خجولون، لأن ما يقولونه ويصفون أنفسهم به لا يتطابق مع تعريف هؤلاء الاختصاصيين للخجل.

وهناك ميزة أخرى لهذا التوجه البحثي في موضوع الخجل، هي أنه لم يلزم نفسه بافتراضات ثابتة عن طبيعة الخجل. وعلى سبيل المثال،

فتعريف الخجل - باعتباره شكلا من القلق الاجتماعي: هو تأكيد للعلاقة الوثيقة بين الخجل والقلق. ويؤكد أزيندورف (Asendorpf, 1989, P.481) ذلك حين أشار إلى أن الخجل لا يمكن أن يحدث إلا في المواقف الاجتماعية، وأنه يتضمن دائما درجة عالية من القلق، يعانيها الفرد نتيجة لتفاعل اجتماعي حاضر أو مستقبلي، ينتظر الفرد أن يكون طرفا فيه. ومع ذلك، فهناك توجهات بحثية أخرى ترى أن خبرة الخجل أقرب ما تكون إلى الشعور بالخزي Shame منها إلى القلق، وهو ما سوف نناقشه في الفصلين الثاني والخامس. وعلى أي حال، من المؤكد أن الخجل هو مسألة إمبريقية (واقعية) Empirical أكثر من كونه مسألة تعريف محدد، سواء اعتبرناه شكلا من أشكال القلق أم لا.

وعلى الرغم من أن خبرات الناس بالخجل يمكن أن تكون نقطة البداية لدراسته، فإنها لا يمكن أن تصبح نقطة النهاية، ولا حتى المعيار الذي نعتمد عليه في تقييم نتائج الدراسات. إن مهمة علماء النفس هي فهم طبيعة الخجل، وليس مجرد الاكتفاء بمعرفة ما يدور في ذهن الأفراد حين يصفون أنفسهم بأنهم خجولون، أو يصنفون أسباب خجلهم في فئات. بمعنى أن علماء النفس يحتاجون إلى أن يكونوا في وضع يسمح لهم بفهم الخجل باعتباره ظاهرة قابلة للتفسير العلمي.

ومن الممكن أن نصل إلى هذا التفسير، إذا أجريت الدراسات في ضوء تكوينات افتراضية Hypothetical constructs، بعيدة تماما عن خبرة الخجل المباشرة. وعلى سبيل المثال، وكما سنرى في الفصل السادس، فإنه من المعروف أن الاختلافات في مستوى مادة «السيروتونين» Serotonin في المخ، ترتبط بالتغيرات في الحالة المزاجية والانفعالية للفرد، وأن تلك المادة تكون قليلة لدى من يعانون الاكتئاب. وأن العلاجات الطبية التي تزيد مستوى تلك المادة، قد أدت إلى تحسن جوهري لدى الاكتئابيين. ومن المحتمل أن يكون هذا الدواء فعالا أيضا في علاج الرهاب الاجتماعي (الذي هو درجة شديدة من القلق الاجتماعي). إن هذه النتائج التي تدعم الربط بين السيروتونين والرهاب الاجتماعي لا تمثل تفسيرا في حد ذاتها، ولكنها يمكن

أن تقودنا إلى افتراض تفسير للخجل في ضوء أنه اضطراب في مستوى السيروتونين، وأن ذلك سوف يساعدنا على التوصل إلى علاج فعَّال لمرضى الخجل. والأكثر من ذلك أن هؤلاء الأفراد سوف يذكرون حدوث تغييرات إيجابية في خبرتهم بالخجل، وفي إدراكهم لأنفسهم بعد العلاج. وقد يبدو هذا التفسير ملائما، إلا أنه ليس مصوغا في ألفاظ من تلك التي يستخدمها الناس في حديثهم الشائع عن الخجل. فهذا - بلا شك - هو مجرد تفسير افتراضي للخجل، ولكنه يؤكد لنا ضرورة أن نكون مستعدين ومهيئين لأن نفكر في تفسيرات ليست نابعة من الحس العام أو لغة الشارع.

وهناك تفسير فرضي ثان للخجل ليس مستمدا مما هو شائع عنه، هو أن حدوث الخجل في مواقفٍ التفاعل الاجتماعي فقط، ربما يعني بروز خبرة الخجل في تلك المواقف وظهورها بقوة، ولا يعني بالضرورة أن ثمة انفعالا بعينه ينتاب الفرد في تلك المواقف. فعلى سبيل المثال دعنا نفترض أن هناك خوفا فطريا من المواقف الجديدة غير المألوفة، سواء أكانت من البشر أم الأشياء أم الأماكن. إن هذا الخوف يحدث لصغار الرضع عند وجودهم مع راشدين غرباء وغير مألوفين بالنسبة إليهم، وباستمرار هذه الحال مع زيادة عمر الطفل، وتوالي عمليات التنشئة الاجتماعية، واكتساب الطفل المفردات التي تمكنه من وصف المشاعر والسلوك، فإننا نسميه خجلا. والطبيعي أنه بزيادة ألفة الطفل بتلك الأشياء والأماكن، يقل ما تثيره لديه من هذا الخوف. ولكن إذا استمرت تمثل مصدرا لخوف الطفل، فإننا لا نسمي هذا خجلا. وبازدياد اتساع وتعقيد العالم الاجتماعي للطفل، تكشف استجاباته تجاه الغرباء وغير المألوفين له عن مزيد من التمايز. ومن ثم فإن استجابات الطفل هنا ما هي إلا انعكاس لخبراته السابقة. ومع ذلك فإن بعض الناس يصف تلك الحالة بأنها خجل، ويرى أن الطفل الذي يظل يخاف الغرباء غير المألوفين له هو طفل خجول. إن الطفل يطور أساليب معينة لمواجهة هذا الخوف ومحاولة التوافق معه، كأن يتحاشى المواقف الاجتماعية الجديدة. وتقوم أساليب المواجهة التي يلجأ إليها الطفل بدورها في تشكيل خبرته وسلوكه وردود

أفعاله تجاه الآخرين، ومن ثم ربما تنتهي الحال بأحد الأطفال إلى أن تتكون لديه خبرة انفعالية مركبة تتمثل في الخجل. ويظن البعض أنها خاصة - فقط - بالمواقف الاجتماعية، على الرغم من أنها في حقيقة الأمر ليست اجتماعية فقط، ولا يقتصر ظهورها على المواقف الاجتماعية. إن الناس لا يرون وجها للشبه بين ما يشعر به الفرد حينما يتعارف على شخص جديد في حفلة ما، وما يشعر به حينما يقود سيارة جديدة، على الرغم من أن العمليات النفسية المتضمنة في هذين الموقفين الجديدين متماثلة. والخلاصة أن ما هو شائع عن الخجل بأنه انفعال لا يظهر إلا في المواقف الاجتماعية فقط، هو مجرد افتراض غير محسوم، وقابل للمناقشة والبحث.

طريقة أخرى للاستقصاء شبيهة بالطريقة التي اعتمد عليها بحث «هاريس» (١٩٨٤) السابقة الإشارة إليه، هي تلك التي لجأ إليها «فيليب زيمباردو» Philip Zimbardo وزملاؤه في جامعة ستانفورد، إذ بدأوا البحث بسؤال الأفراد عما إذا كانوا يعتبرون أنفسهم خجولين أم لا؟ ثم سعوا إلى استكشاف العوامل والأسباب التي أدت بهؤلاء الأفراد إلى اعتبار أنفسهم ممن يعانون الخجل. إن البحث بهذه الطريقة لم يقدم للمبحوثين تعريفا محددا للخجل، بل اكتفى فقط بالسؤال: «هل تعتبر نفسك شخصا خجولا؟»، وترك كل فرد من أفراد العينة يحدد معنى الخجل كما يتصوره، في حين أنه عند تصنيف استجابات هؤلاء الأفراد لفئات، تمثل كل منها نوعا من الأسباب التي دعت الأفراد إلى اعتبار أنفسهم من الخجولين، حدث هذا التصنيف بناء على تصور الباحثين أنفسهم وتعريفهم الخاص للخجل، ولم يعطوا للمبحوثين فرصة التعبير الحر لوصف خجلهم بمفرداتهم الخاصة. ومع ذلك فإن هذا البحث الذي أجري (باستخدام استبيان ستانفورد للخجل) قد ألقى الضوء على العديد من جوانب مهمة للخجل، وأثار العديد من القضايا التي تستحق الدراسة والبحث الإمبيريقي (Zimbardo et al., 1974).

ولعل أكثر نتائج هذا البحث لفتا للأنظار هي النسبة العالية لمن وصفوا أنفسهم بأنهم يعانون الخجل، حيث تبين أن أكثر من ٤٠ في المائة من الطلاب ممن تراوح أعمارهم بين ١٨ و٢١ سنة، أقروا بأنهم يعانون الخجل باستمرار، وأقر أكثر من ٨٠ في المائة من أفراد العينة بأنهم إما يعانون الخجل حاليا، وإما عانوه في فترة سابقة من حياتهم. وقد أُعيد إجراء هذا المسح في العديد من الأقطار، وتبين أن نسبة من يعتبرون أنفسهم خجولين ظلت مرتفعة، وإن كانت تختلف من بلد إلى آخر، إذ بلغت تلك النسبة لدى عينة من الأمريكيين اليهود ٢٤ في المائة، في حين كانت ٦٠ في المائة لدى عينات من جزيرة هاواي من اليابانيين. وكانت الفروق الثقافية طفيفة بخصوص الإقرار بالشعور بالخجل في مواقف معينة (سواء حاليا أو في الماضي). وفيما يتعلق بأقطار تنتمي إلى العالم النامي، فقد تراوحت نسبة الراشدين الذين أقروا بأنهم عانوا الخجل في فترة أو أخرى من حياتهم، بين ٦٦ في المائة و٩٢ في المائة، بمتوسط ٨٤ في المائة. وتشير نتائج بعض الدراسات المسحية الحديثة إلى ازدياد تلك النسب، إذ إن أعداد من يصفون أنفسهم بالخجل تكشف عن ازدياد مستمر، وعلى سبيل المثال فقد ازدادت تلك النسبة في الولايات المتحدة الأمريكية من ٤٠ في المائة لتصبح أكثر من ٥٠ في المائة (Carducci & Zimbardo, 1995).

ثانيا: المواقف المثيرة للخجل

في بحث زيمباردو وزملائه العام ١٩٧٤ السابقة الإشارة إليه، سئل المبحوثون عن المواقف الاجتماعية المثيرة لخجلهم والمسببة له. ويكشف الجدول (١ - ١) عن أكثر المواقف المسببة للخجل لدى هؤلاء الأفراد، والنسبة المئوية لمن أقروا بأنهم عانوا الخجل في تلك المواقف. أما الجدول (١ - ٢) فيعرض لفئات الأشخاص الأكثر إحداثا للخجل، في كل من دراسة جامعة ستانفورد العام ١٩٧٤، وإعادة لتلك الدراسة بعد ٢٠ سنة على يد كاردوتشي وكلارك (Carducci & Clark, 1999). وتعرض الدراسة الأخيرة نتائجها المستمدة من أفراد اعتبروا أنفسهم خجولين الآن (تماما مثل الدراسة الأصلية

التي تمت في جامعة «ستانفورد» العام ١٩٧٤)، وكذلك من عينة أخرى من الأفراد الذين يعانون الخجل المزمن، وهم من أشاروا إلى أنهم يعانون الخجل حاليا (عند إجراء الدراسة)، وكذلك فإنهم يعانونه طوال حياتهم.

الجدول (١ - ١): المواقف المسببة للخجل والنسب المئوية للمبحوثين الذين قالوا إنهم يشعرون بالخجل فيها بناء على استبيان ستانفورد

المواقف المسببة للخجل	النسبة المئوية
أن أكون في بؤرة الاهتمام وسط مجموعة كبيرة من الأشخاص (مثلا: عندما ألقي كلمة أو يطلب مني الحديث أمام مجموعة من الأفراد)	٧٣٪
مجرد الوجود وسط مجموعة كبيرة من الأشخاص	٦٨٪
حينما أكون أقل في المكانة الاجتماعية مقارنة بمن أكون معهم	٥٦٪
المواقف الاجتماعية بشكل عام	٥٥٪
مواقف العلاقات الاجتماعية الجديدة بشكل عام	٥٥٪
المواقف التي تتطلب من الفرد توكيد ذاته (مثل: الشكوى من سوء الخدمة في مطعم ما، أو من سوء حالة منتج معين)	٥٤٪
عندما يوضع الفرد موضع التقييم ومقارنته بالآخرين (مثل: إجرائه لمقابلة أو عندما يوجه إليه النقد)	٥٣٪
أن يكون الفرد في بؤرة الانتباه وهو وسط مجموعة صغيرة (مثل: مواقف التعارف، وعندما يُطلب منه التعبير عن رأيه في موضوع ما)	٥٢٪

المصدر: (Zimbardo et al., 1974)

والواقع أن نتائج هاتين الدراستين، سواء الخاصة بالمواقف الاجتماعية المسببة للخجل أو بالأشخاص المسببين للخجل، تتسق مع رؤى أخرى للخجل، كتلك التي أشار إليها الأديب «أرنولد بينيت» Arnold Bennett في قصة «المدفون حيا» (Buried Alive, 1912, PP.15-16)حين يقدم هذا الوصف:

«لقد أصبح خجولا، فهو مختلف تماما عني وعنك، فأنا وأنت لا ينشأ بداخلنا هذا الخوف الخفي حينما نقابل الغرباء، أو حينما نذهب لنستأجر حجرة في فندق كبير، أو عندما ندخل منزلا كبيرا لأول مرة، أو عندما نسير في قاعة مملوءة بالجالسين الذين ينظرون إلينا، أو عندما ندخل في جدل مع فتاة أرستقراطية متعجرفة في أثناء وجودنا في مكتب البريد، أو عندما نعبر عن استيائنا من خدمة معينة تقدم إلينا، أو عندما نعبر من أمام متجر نحن مدينون له. إننا – أنا وأنت – لا يحمر وجهانا، ولا نشعر بالتردد والاضطراب وعدم الكفاءة حينما نمر بهذه الخبرات اليومية البسيطة. إننا – أنا وأنت – لا نسلك أبدا بمثل هذه الطريقة الطفولية. أما هو، ولأنه خجول، فقد أصبح مختلفا عنا تماما». إن المؤكد هو أن ذلك يحدث للكثيرين منا.

الجدول (١ – ٢): الأشخاص الآخرون الذين يؤدي التفاعل معهم إلى الشعور بالخجل: نتائج دراسة جامعة ستانفورد العام ١٩٧٤، وإعادتها بعد ٢٠ عاما في دراسة أجراها كاردوتشي وكلارك

مواقف التفاعل	دراسة جامعة ستانفورد (١٩٧٤)	نسبة الطلبة الخجولين دراسة كاردوتشي وكلارك» (١٩٩٩)	
		الخجولون الآن	الخجولون المزمنون
الغرباء بشكل عام	٪٧٠	٪٦٤	٪٨٥
الوجود مع جماعة من الجنس الآخر	٪٦٣	٪٣٨	٪٥٦
الوجود مع من يعتقد الفرد أنه أعلى مكانة بالنسبة إليه، نتيجة لما يتمتع به من معرفة وتفوق عقلي وخبرة	٪٥٥	٪٤٥	٪٥٦
الوجود مع من يعتقد الفرد أنه أعلى مكانة بالنسبة إليه، نتيجة لطبيعة دوره الاجتماعي (ضابط شرطة – مدرس – رئيس عمل)	٪٤٠	٪٣٧	٪٤٨
الوجود مع فرد من الجنس الآخر	٪٤٩	٪٣٥	٪٤٨

المصدر: (Zimbardo et al., 1974; Carducci & Clark, 1999).

وبالإضافة إلى الدراستين السابقتين، توجد دراسة أخرى عن المواقف المثيرة للخجل استخدم فيها أسلوب المقابلة، وأجريت على عينة شملت واحدا وعشرين مبحوثا من الراشدين الملتحقين بالجامعة، ثماني عشرة من الإناث وثلاثة من الذكور (Crozier & Garbert-Jones, 1996). وتراوحت أعمار أفراد العينة بين ٢٤ و٥٩ سنة، بمتوسط عمره ٤٠ سنة. وأشار هؤلاء الطلاب إلى العديد من المواقف التي يشعرون فيها بالخجل، أهمها وجودهم في حلقات النقاش، وإجراء المقابلات، والوجود مع مجموعة من الناس، ومقابلة أناس غرباء، والتحدث مع الأستاذ أو الرئيس في العمل. وتبين أن لحلقات النقاش على وجه التحديد قلقها ومخاوفها الخاصة، فهي تستثير لدى أفراد تلك الدراسة مشاعر تتراوح بين العصبية البسيطة والتوتر الشديد والشعور بعدم الراحة. وفي هذا السياق قالت إحدى الطالبات التي تبلغ من العمر ثمانيا وعشرين سنة: «إن حلقات النقاش هي أصعب المواقف الاجتماعية التي يمكن أن أصادفها في حياتي أو يمكن أن أمر بها».

إن بعض الطلاب يعتبرون حلقات النقاش «موقف أزمة»، وبخاصة خلال الشهور القليلة الأولى من دراستهم، وأن مجرد تفكيرهم فيها، وأنهم سوف يشاركون فيها يولد بداخلهم العديد من الانفعالات غير السارة.

وفي هذا الجانب قالت إحدى الطالبات تبلغ من العمر ٤٠ سنة: «إنني أشعر بالرهبة والفزع عند سماعي كلمة حلقة نقاش، وقبل أن أشارك فيها فعليّا».

وتقول طالبة أخرى تبلغ من العمر ٤٦ سنة: «أعتقد أن أحد أهم أسباب النفور من الجامعة والشعور بالخوف منها، هو أن الطالب يجب أن يتكلم أمام مجموعة من الناس».

لماذا يدرك هؤلاء الطلاب حلقات النقاش بهذا الشكل، ولماذا يخافونها ويشعرون بعدم الراحة تجاهها؟. السبب في ذلك أن حلقات النقاش تتسم بعدد من الخصائص التي تتشابه مع خصائص المواقف التي أثارت الخجل في بحث جامعة ستانفورد الذي سبقت الإشارة إليه،

وأهمها كون الشخص في بؤرة انتباه مجموعة كبيرة من الأفراد. وكما يقول أحد الطلاب: «إنه موقف توجد فيه كثير من العيون التي تحملق فيك»، وكذلك فهو موقف يكون الفرد فيه موضع تقييم الآخرين له. وكما تقول إحدى الطالبات: «أخاف من رأي الآخرين وتقييمهم لما أقول». فهذه الطالبة تخاف وتشك في إمكان أن تقول شيئا صحيحا، وتخاف وتشعر بالقلق من أن ما تقوله ربما يكون كلاما ساذجا خاطئا، ومن ثم يجعل الآخرين يكوّنون عنها انطباعا سلبيّا.

وهناك موقف آخر ذكره هؤلاء الطلاب بوصفه أحد المواقف المثيرة لخجلهم، وهو التحدث مع المحاضرين والأساتذة. وفي ضوء تصنيف فئات الأشخاص المثيرين للخجل (راجع الجدول ١ - ٢)، فإن المحاضرين والأساتذة ينتمون إلى فئة أولئك الذين يمتلكون مكانة بحكم ما لديهم من معرفة، وبحكم طبيعة دورهم (بوصفهم ممتحنين وأفرادا بإمكانهم التأثير المباشر في مستقبل الطالب). وتؤكد ذلك تعبيرات الطالبات التالية:

تقول إحدى الطالبات البالغ عمرها اثنتين وثلاثين سنة: «يمكن للمحاضرين في الجامعة أن يجعلوا الطالب يشعر بكثير من الصعوبات والمشكلات، ذلك لأنهم يعرفون جيدا ما يتكلمون فيه، ويعرفون أنك (أي الطالب) لا يعرف جيدا ما يتكلم فيه».

وتقول طالبة أخرى عمرها أربع وعشرون سنة: «أشعر بأنهم أكثر معرفة مني، إنني أشعر بالخجل عندما أسألهم عن أي شيء، إنني أريد أن أجادلهم في إحدى النقاط، ولكني لا أستطيع أن أتصور نفسي وأنا أقول لهم إن رأيهم خطأ أو إنني أختلف معهم، إنني أريد أن أقول إنهم أعلى وأقوى وأكفأ مني».

وأشارت كذلك نتائج تلك الدراسة إلى أن بعض الطلاب يشعرون بعدم الارتياح والاضطراب بسبب الفارق العمري بينهم وبين أغلبية الطلاب الآخرين. ومن ذلك تقول إحدى الطالبات البالغ عمرها تسعا وخمسين سنة: «أشعر دائما بعدم الملاءمة، وبسبب هذا الشعور أصبحت أكثر تحفظا، وذلك لأنني خارج نطاق عمر الجماعة».

وتبين من دراسة جامعة ستانفورد أن الخجل يتباين من موقف إلى آخر، وأن الأشخاص الخجولين لا يكشفون عن خجلهم في كل المواقف. وفي دراسة «بيلكونيز وزيمباردو» (Pilkonis & Zimbardo 1979) التي أجريت على عينة من طلبة الجامعة الخجولين، قرر معظم هؤلاء الطلاب أن خجلهم ليس ثابتا، بل يختلف من موقف إلى آخر، سواء في تكراره أو شدته، ولم يقرر إلا ٥ في المائة فقط من أفراد العينة أنهم خجولون في كل المواقف. ويبدو كذلك أن هناك درجة عالية من الاتفاق بخصوص طبيعة المواقف المثيرة للخجل. ففي دراسة أجراها رسيل وآخرون (Russell et al., 1986) استخدم استبيان يتكون من ثلاثين بندا يعبر كل بند منها عن أحد المواقف التي ربما تسبب الخجل، جرى اختيارها من ضمن عدد كبير من المواقف التي رأت عينة من طلبة الجامعة أنها مواقف مثيرة للخجل. وتبين أن المواقف التي تثير درجة عالية من الخجل هي: أن يوجه إلى الفرد سؤال شخصيّ في أثناء وجوده وسط جماعة كبيرة من الناس، واليوم الأول في شغل وظيفة جديدة، وحضور احتفال مع غرباء، والمواجهات والانفعالات مع الآخرين، والتحدث مع أستاذ جامعي. فكل هذه المواقف حصلت على تقدير أعلى من ثلاث درجات، وذلك على متصل من سبع درجات، وهو ما يعني أنها جميعا مواقف مسببة للخجل ومثيرة له بالنسبة إلى هؤلاء الطلاب. وعلى الرغم من ذلك فهناك اختلافات في المواقف المثيرة للخجل، إذ يبدو أن بعضها أكثر إثارة للخجل من البعض الآخر، وأن هذا يحدث بشكل ثابت ومتسق. وعلى سبيل المثال، بلغ معامل الارتباط بين تقديرات المواقف المحدثة للخجل لدى عينتين مختلفتين من طلاب الجامعة ٠,٩٣ (*).

(*) معامل الارتباط: أسلوب إحصائي يهدف إلى دراسة العلاقة بين متغيرين أو الاقتران فيما بينهما وله شكلان: ارتباط إيجابي ويعني أن المتغيرين يقترنان معا زيادة ونقصانا، فإذا زاد أحدهما يزيد الآخر، وإذا نقص أحدهما ينقص الآخر، فإذا زاد الخجل زاد التوتر والقلق والعكس صحيح. أما الارتباط السلبي فيعني أن زيادة أحد المتغيرين يترتب عليها نقصان الآخر، فإذا زاد الخجل قلت كفاءة التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. ويكون معامل الارتباط جزءا من الواحد الصحيح إيجابا وسلبا. أما إذا كان صفرا فهذا يعني أنه لا يوجد ارتباط بين المتغيرين موضوع الدراسة [المترجم].

ومع ذلك، فمن المهم ألا نكتفي بمجرد الوصول إلى قائمة بالمواقف التي ربما تسبب الخجل، بل لا بد أن نسعى إلى تصنيف تلك المواقف في فئات وتحديد أي منها أكثر إثارة للخجل من غيره، لأن ذلك يمهد لنا الطريق لمعرفة الأسباب التي تجعل فئة - أو أكثر - من تلك المواقف مثيرة للخجل، وهو ما يمكن أن يمدنا باستبصارات عن أسباب الخجل بشكل عام.

ولقد افترض أزيندورف (Asendorpf 1989) أن هناك نوعين من الظروف يؤدي كل منهما إلى الكف السلوكي وهما: الخوف من الأشياء والمواقف غير المألوفة، والخوف من أن يكون المرء موضع التقييم السلبي من الآخرين. وافترض الباحث أن تلك الظروف تستثار وتنشط في نوعين من المواقف: الأول هو ذلك الذي يتضمن تفاعلا مع غرباء والتوافق مع مواقف وأشياء غير مألوفة وجديدة على الفرد. وعلى سبيل المثال ففي كتابهما «عندما عاد أبي» When Daddy Came Home قدم تيرنر ورينيل (Turner & Rennell 1995) دراسة حالة عن جندي عاد إلى منزله وأسرته بعد نهاية الحرب العالمية الثانية، وذلك بعد غياب عنهم استمر عدة سنوات. إن تلك الحالة من إعادة لم الشمل، وتعايش أفراد الأسرة معا من جديد كانت مفعمة بكثير من المشكلات، سواء للزوج العائد أو للزوجة أو لابنهما، وخصوصا إذا كانت تلك هي المرة الأولى التي يرى فيها الطفل والده، ولم يكن يعرفه إلا من خلال الخطابات والصور الفوتوغرافية. ففي مثل هذه الأسرة، نجد أن الأطفال يعانون قدرا كبيرا من الخجل. ومثال على ذلك، ما تتذكره إحدى السيدات عند رجوع والدها ورؤيتها له أول مرة، وهي في عمر السابعة، بعد غياب هذا الأب عن أسرته أربع سنوات متواصلة (المرجع السابق، ص٨٤ - ٨٥)، حيث تقول:

«على الرغم من أن أمي كانت تحدثني باستمرار عن أبي الغائب، وعلى الرغم من أنني كنت أقبل صورته كل ليلة ولم أنسه أبدا، فإنه حينما عاد إلى المنزل شعرت بالخجل الشديد منه. إنني لا أريد وجوده في أي مكان

بالمنزل، وذلك حينما أذهب للاغتسال قبل النوم. أنا لا أتذكر أنني قلت هذا الكلام، ولكن أمي وأبي أخبراني بذلك، وقالا لي إنني قلت لأمي في إحدى المرات إنني لا أريد وجوده في المنزل عندما أستحم، اطرديه خارج المنزل. وأعتقد أن ذلك ظل قائما ستة شهور تقريبا منذ رجوع والدي، وبعدها بدأت أتعوده. لقد كان هذا أمرا صعبا بالنسبة إلى والدي أيضا لأنه كان يحاول مثلي التوافق مع الظروف الجديدة».

أما النوع الثاني من الظروف فهو ذلك الذي يتضمن مواقف يحتمل أن يكون الفرد فيها موضع التقييم السلبي من الآخرين مثل الحديث أمام الآخرين، أو إعطاء الكلمة في اجتماع، أو إجراء مقابلة، أو التفاعل مع أشخاص ذوي سلطة أو مكانة أو خبرة أعلى مما لدى الفرد. وكذلك فإن تقديم الفرد لنفسه Self presentation، وخصوصا أمام مجموعة كبيرة من الأفراد، يسبب الخجل لكثير من الناس. وعن ذلك تصور إحدى السيدات حالتها عند الاحتفال بعيد ميلادها وسط حشد كبير من الأفراد، فتقول:

«أشعر بالخجل لأن هذا اليوم هو «احتفالي الكبير»، أشعر بأن الموجودين يتوقعون مني أن أتصرف بحيوية ونشاط لأن اليوم يومي، وأنا صاحبة الاحتفال، ولكنني أشعر بعدم الارتياح، وبأنني غير قادرة على أن أكون على طبيعتي وسط هذه المجموعة من الغرباء. أشعر بأن الجميع ينظرون إلي ويتساءلون مندهشين: لماذا هي غير قادرة على تبادل أطراف الحديث الجميل معنا، لماذا لا تتبادل معنا حلو الكلام؟ أشعر كأنني موضع الاختبار والفحص الدقيق تحت المجهر. أشعر كأنني أحمر خجلا كلما نظروا نحوي، حتى لو كانوا ودودين وطيبين. لقد استأذنت منهم وغادرت القاعة، لكي أهرب من هذا الموقف غير المريح والمزعج بالنسبة إلي».

وإحدى النقاط التي أثارتها دراسة أزيندورف (1989) هي ما إذا كان ضروريا لحدوث الخجل وجود كلا النوعين من الظروف - الخوف من غير المألوف والخوف من التقييم السلبي - معا، أم أنهما مستقلان،

ويؤدي كل منهما دوره على حدة في حدوث الخجل. إنهما يوجدان معا في العديد من المواقف، فالمواقف الجديدة وغير المألوفة تتضمن عادة إمكان حدوث شكل ما من أشكال التقييم. فالسيدة التي أشارت إلى خجلها من خلال عيد ميلادها توضح أنها تأثرت بوجود غرباء في الحفل. ويعرض تيرنر ورينيل (1995, P.129) مثالا لسيدة تشعر بالخوف والترقب بخصوص الكيفية التي سيفكر بها زوجها العائد، إنها تشعر بالخجل عندما تفكر في أنه يمكن أن يراها مرتدية ملابس غير ملائمة ورثة. فعلى الرغم من أن موقف رجوع زوجها، وإعادة لم الشمل من جديد، يشبه - بدرجة ما - لقاءها بشخص غريب، فإن أهم ما كان يشغلها هو كيفية تقييم الزوج لها، وهذا التقييم لا يحدث للأطفال الذين يعود آباؤهم إليهم بعد طول غياب.

وتقدم نتائج دراسة أزيندورف (1989) تأييدا للرأي الذي يقول إن الخجل ينشأ ويستثار بواسطة نوعين منفصلين ومستقلين من المواقف. ولأن تلك الدراسة واحدة من الدراسات المهمة والمحورية في مجال الخجل، فهي تستحق أن نعرضها ببعض التفصيل. في تلك الدراسة قسمت عينة المشاركين إلى ثنائيات، وطلب من كل ثنائي منها تبادل أطراف الحديث لمدة خمس دقائق في إحدى الحجرات، وجرت ملاحظة السلوك وتسجيله بكاميرا فيديو. وكانت تلك الثنائيات، إما شخصين صديقين، أو شخصين بينهما مجرد سابق معرفة، أو شخصين غريبين لا يعرف أي منهما الآخر، أي أن درجة الألفة كانت مختلفة عبر تلك الثنائيات. وفي إحدى مراحل الدراسة طُلب من نصف المشاركين أن يتفاعل كل طرف في الثنائي مع الطرف الآخر، لكي يقيم كل منهما شخصية الآخر، ولم يطلب ذلك من نصف العينة الآخر. وجرى قياس ما يلي:

أ - تقدير ذاتي وتقدير الطرف الثاني لخجل المشاركين في موقف التفاعل.

ب - تقديرات الملاحظ لخجل المشاركين ولأوضاع أجسامهم أثناء التحاور.

ج – شوهد شريط الفيديو بحضور الباحث، وكل مشارك على حدة، حيث توجه للمشارك بعض الأسئلة لمعرفة الأفكار والمشاعر التي انتابته في ظروف محددة في موقف التفاعل.

وتبين أن التعليمات التي قدمت لنصف أفراد العينة بشأن التفاعل مع الطرف الآخر بهدف تقييم شخصيته، كان لها الأثر المتوقع، حيث كانت التقديرات الذاتية لهؤلاء الأفراد على بند يقيس الخوف من تقييم الآخرين أعلى مما هي عليه لدى النصف الآخر من المشاركين الذين لم تقدم لهم تلك التعليمات. وذكر كذلك هؤلاء الأفراد، ومن تلقاء أنفسهم وهم يشاهدون شريط الفيديو مع الباحث، أنهم كانوا يخافون التقييم. والنتيجة الأساسية لهذه الدراسة هي أن كلا من عدم الألفة بالطرف الآخر في التفاعل وتعليمات التقييم المقدمة قد أديا إلى زيادة الخجل، سواء جرى قياس هذا الخجل بالاعتماد على التقدير الذاتي، أو تقدير الطرف الآخر في التفاعل له، أو التقدير عن طريق الملاحظة. لقد تبين أن لكل عامل من هذين العاملين – عدم الألفة وتوقع التقييم – تأثيره بوصفه سببا أو مثيرا للخجل مستقلا عن العامل الآخر، حيث كان لكل منهما أثره المستقل والجوهري في الخجل. وإحدى النتائج الفرعية لتلك الدراسة، التي توضح ذلك، هي أن وضع الجسم في أثناء التفاعل تأثر بعامل عدم الألفة، حيث كانت لدى ثنائيات الأغراب، ومن بينهما معرفة سابقة، مختلفة عما هي عليه لدى ثنائيات الأصدقاء، في حين لم تكن هناك أي فروق في وضع الجسم بين نصف أفراد العينة الذين أخذوا تعليمات بالتفاعل مع الطرف الآخر بهدف تقييم شخصيته، والنصف الآخر الذي لم تقدم له تلك التعليمات. وهو ما يعني أن وضع الجسم عند التفاعل لم يتأثر بعامل احتمالية التقييم، ولكنها تأثرت بعامل عدم الألفة.

وباختصار، قدم أزيندورف ما يؤكد أن الخجل ينشأ بسبب نوعين من المواقف: الأول عند التفاعل والحوار مع آخر غريب وغير مألوف، والثاني حيث يخاف الفرد من أن يكون موضع تقييم الآخرين. إن هذا

التمييز مهم لدراسة الخجل، لأنه يثير العديد من التساؤلات حول طبيعة الخجل، منها ما إذا كان هذان النوعان من المواقف يثيران خبرات مختلفة، كأن يؤدي أحدهما مثلا إلى الخجل، والآخر إلى القلق والارتباك، أم أن كلا منهما يثير الخجل. وكذلك يثير هذا التمييز تساؤلات حول أصول الخجل وارتقائه خلال مرحلتي الرضاعة والطفولة، ذلك لأن الخوف من غير المألوف هو سلوك شائع لدى صغار الأطفال. أما الخوف من التعرض لموقف التقييم، فهو يستلزم درجة من الحنكة والنضج والوعي بالذات، ربما لا تحدث إلا في مراحل ارتقائية تالية من عمر الأطفال. وسوف نعود إلى مناقشة هذه القضية في الفصل الرابع.

وقدم شلينكر وليري (1982) تحليلا آخر مختلفا للأسباب التي تجعل مواقف بعينها مثيرة للخجل ومسببة له. إذ افترض الباحثان أن القلق ينشأ داخل الفرد في المواقف التي يكون مدفوعا فيها بالرغبة في أن يترك لدى الآخرين انطباعا محددا عنه، ولكنه - في الوقت ذاته - يشك في قدرته على القيام بذلك. إن هذا التصور يختلف عن تصور أزيندورف في نقطتين: الأولى أن الجدة أو عدم الألفة في حد ذاتها لا تسبب الخجل، وإنما تسببه إذا أدت إلى إعاقة تحقيق الانطباع المنشود الذي يريد الفرد أن يكونه لدى الآخرين عن ذاته. ولكن - وكما سوف نرى - فإن معظم دراسات الخجل تشير إلى أن ذلك ليس صحيحا، وأن الجدة في ذاتها سبب جوهري للخجل. وعلى سبيل المثال فإن الجدة سبب أساسي للقلق في نظرية الشخصية لدى غراي (Gray, 1987)، وهو ما سوف نعرضه في هذا الفصل. وكذلك فإن الاستجابة للعب غير المألوف تؤدي دورا محوريا في نظرية كيغان (Kagan 1994) عن الحالة المزاجية، وهو ما سوف نعرضه في الفصل الثالث. أما نقطة الاختلاف الثانية، فهي أن شلينكر وليري لم يعتبرا أن الخوف من التقييم سبب أساسي للخجل، بل لم يوليا هذه النقطة أي اهتمام على الإطلاق، فهما يؤكدان فقط انشغال الفرد بخلق انطباع ما

محدد عن نفسه لدى الآخرين (يحبونه أو يخافونه... إلخ). وبالتالي فإن رغبته هذه هي كل هدفه، وكل ما يشغله في الموقف، وأن الآخرين لن يقدموا أو يؤخروا بالنسبة إليه (أي لا يهم أن يكون موضع تقييم منهم). وتبين في إحدى دراسات المؤلف (Crozier 1981) أن الخجل أكثر ارتباطا وتأثرا بالخوف من نقص الكفاءة الاجتماعية، منه بالخوف من التقييم السلبي. والمؤكد، أنه في كثير من المواقف المثيرة والمسببة للخجل يصعب التمييز والفصل الدقيق بين تلك الأنماط من الخوف.

الفروق الفردية في الخجل

مفهوم السمة The trait concept

إن التمييز الدقيق بين حالة الخجل من ناحية وسمة الخجل من ناحية أخرى، أمر مهم في دراسة الخجل. ونحن في كل ما ناقشناه عن الخجل في الجزء السابق كان عن الخجل كسمة، في ضوء إدراك الأفراد لأنفسهم. ويحتل مفهوم السمة موقعا مهما في الدراسات النفسية، باعتبار السمة خصالا داخلية ثابتة تؤثر في سلوك الفرد عبر العديد من المواقف. ولقد أثار مفهوم سمات الشخصية كثيرا من الجدل والاختلافات في الدراسات النفسية. فأولا، هناك عدم اتفاق بين الباحثين حول ما إذا كانت السمات تفسر السلوك، أما أنها تصفه فقط. وبمعنى آخر، هل الصمت وقلة الكلام في المواقف الاجتماعية يحدث بسبب ما يوجد لدى المرء من خجل، أم أن الصمت والخجل ما هما إلا بديلان نستخدم أيا منهما لنصف نمطا واحدا من السلوك؟ مسألة خلافية أخرى، وهي ما إذا كان إصدار الفرد سلوكا ما بشكل متكرر ومنتظم، يرجع إلى وجود خصائص نفسية ثابتة لدى هذا الفرد، أم أن ذلك هو - ببساطة - مسألة إدراكية، حيث نقوم نحن بإدراك سلوك الفرد الذي يتكرر بانتظام، ونطلق عليه تسمية ما، ثم ننسب أصول هذا السلوك إلى الفرد نفسه. وربما يكون الخجل مجرد استجابة متعلمة، تعلم الفرد أن يصدرها في نوعية محددة من المواقف،

أكثر من كونه نتاجا لبعض الخصائص الداخلية للفرد. فهل - يا ترى - يؤدي اقتصارنا على مفهوم السمة عند تفسيرنا سلوكا ما إلى عدم معرفة الأسباب «الحقيقية» لهذا السلوك، التي ربما تكون خصائص المواقف الاجتماعية التي عادة ما يصدر الفرد فيها سلوكه؟

إن هذا الجدل والخلاف ظلا مسيطرين على أبحاث الشخصية عدة عقود، حتى إن والتر ميشيل (Walter Mischel 1968) اتهم علماء النفس بالفشل في فهم وتفسير الاتساق والانتظام في سلوك الأفراد عبر عدد من المواقف الاجتماعية، ذلك الاتساق الذي أشاروا إليه في تعريفاتهم لمفهوم السمة. وقلل ميشيل من أهمية وفائدة الاعتماد على مفهوم السمات في تفسيرنا للسلوك، خصوصا الخجل لأننا ربما نجد شخصا خجولا في موقف ما وغير خجول في موقف آخر. وأشار إلى أن درجات سمة الخجل، مقيسة بالاستبيانات، لم ترتبط إلا ارتباطا ضعيفا بالخجل مقيسا بمعايير واقعية من خلال السلوك الفعلي. ويأخذ عدم الاتساق الذي أشار إليه ميشيل عددا من الأشكال: منها أن معاملات الارتباط بين الدرجات على الاستبيانات من جهة والسلوك الفعلي من جهة أخرى كانت معاملات منخفضة، وهناك أيضا قدر كبير من التباين في سلوك الأفراد عبر المواقف المختلفة، وكذلك عدم الاتفاق بين تقديرات عدد من الملاحظين لسلوك واحد أو لشخص واحد. إن القضية الأساسية موضع هذا الجدل هي ما إذا كان سلوك الفرد في موقف ما يتحدد وفق ما يتسم به من سمات شخصية، أم أن السلوك المعين في أي موقف هو دالة لعدد كبير من العوامل المتفاعلة.

ويمكن الرد على هذا الهجوم والنقد الذي وجهه ميشيل بشأن جدوى مفهوم السمة وعلاقته بالسلوك الفعلي، بتوضيح أن كل نظريات الشخصية، بما فيها نظريات السمة، لم تنكر أبدا أن أي سلوك في أي موقف معين هو نتاج عدد كبير من العوامل، كذلك فإن أحدا من أصحاب نظريات الشخصية لم يقل إنه من الممكن التنبؤ بسمات شخصية الفرد بالاعتماد على درجاته على مقاييس استبيانات

الشخصية وحدها. فإذا كان الأفراد يتصرفون بشكل مختلف في المواقف المختلفة لأسباب كثيرة ، فإننا من الممكن أن نحدد تلك الأسباب ونفهمها، من دون أن يتعارض ذلك مع استخدامنا لمفهوم السمة. فاختلاف عدد من الملاحظين في تقديراتهم لسلوك ما للاستدلال على سمة معينة، إنما يرجع إلى أنهم يعتمدون في تقديراتهم هذه على السلوك الظاهر الصريح فقط، وهو ليس إلا مؤشرا جزئيا إلى وجود السمة من عدمه، بالإضافة إلى أن الناس تسعى دائما إلى أن يكون سلوكهم متوافقا مع معطيات ومتطلبات الموقف الذي يوجدون فيه، ومن ثم فسلوكهم ليس ثابتا جامدا في كل المواقف.

ولنتدبر الاتساق في نتائج دراسة أزيندورف (1989) التي سبقت الإشارة إليها، فقد تبين أن درجات الأشخاص الخجولين مقيسة بالاستبيانات، اتسقت بشكل منتظم مع كل من تقديرات الأفراد الذاتية لأنفسهم، وكذلك تقديرات الآخرين لهم. وتبين كذلك من نتائج الدراسة أن الأفراد الخجولين يميلون – عند تفاعلهم مع الآخرين – إلى اتخاذ أوضاع جسمية تختلف عما يتخذه أقرانهم الأقل خجلا. ويجب أن يكون واضحا أن هذا الفارق هو فارق إحصائي، وأن مقياس السمة لا يستخدم بغرض التنبؤ الدقيق بسلوك الفرد في كل المواقف، بل وليس ضروريا – من وجهة نظر أصحاب نظريات السمة أنفسهم – أن يكون المقياس قادرا على ذلك. إن هذا يجعلنا نعتقد أن نقد ميشيل لمفهوم السمة ليس في صميم الموضوع، وأن النقد الحقيقي الذي يجب أن يوجه هو: لماذا توجد فروق منتظمة وثابتة ومتسقة بين الخجولين وغير الخجولين في أوضاع الجسم عند تفاعلهم الاجتماعي على سبيل المثال؟ ومع ذلك فإن تلك الفروق لا تمثل جزءا من الفهم الشائع للخجل، أو من الخجل كما يتصوره عامة الناس، بل إن الخجولين أنفسهم غير واعين بهذه الفروق، وبأنهم يتخذون أوضاعا جسمية معينة عند خجلهم.

ومن الممكن كذلك أن نتصور أن الأفراد الخجولين يمكنهم ألا يشعروا بالخجل، أو لا يكشفون عنه في مواقف تفاعل معينة، منها المواقف التجريبية التي تصطنع في معمل علم النفس بغرض دراسة

الخجل. وكما أوضح أزيندورف، فكثيرون من الخجولين يتوجسون خيفة من أن يكونوا موضع التقييم السلبي من الآخرين، ومع ذلك، فإن استثارة هذا الخوف أو عدم استثارته هي في الأساس مسألة ذاتية خاصة بالفرد نفسه، وليست خاصية موضوعية للمواقف الاجتماعية. فالفرد ربما لا يدرك ما في الموقف من مؤشرات ودلائل توحي بأنه سيكون موضعا للتقييم، وفي هذه الحالة لن يشعر بالخجل، أما إذا لاحظ مثل هذه المؤشرات، فسوف يستثار الخجل لديه.

والواقع أن خبراتي الشخصية تؤيد هذا التصور، فكثيرا ما أكون مع جماعة من الناس في موقف اجتماعي معين وأكون شاعرا بالراحة والاسترخاء، إلى أن يحدث تغيير ما في هذا الموقف، فتتغير مشاعري وحالتي الانفعالية. فمثلا تتغير دفة الحوار والمناقشة إلى موضوع ما أعتقد أنه ينطوي على ما يتعلق بتقدير الآخرين لي، فبعد مثل هذا التغيير أجدني أشعر فجأة بعدم الارتياح وبالخجل. وبالطبع فإن هذا التغيير في الموقف - الذي ترتب عليه شعوري بالخجل - لن يؤدي إلى الأثر نفسه لدى بقية الموجودين معي في الموقف ، بل ربما يؤدي إلى شعور معاكس لما حدث لي ، لأن تفسيرهم للتغيير الذي حدث في الموقف لا يشترط أن يتطابق مع تفسيري الشخصي. إن الوصف الموضوعي لهذا الموقف يشير إلى أن التغيير الذي حدث فيه - مجرد تغيير موضوع الحوار بين الموجودين - هو تغيير صغير، لكن متضمناته ودلالاته للخجل - كما أدركتها أنا - كانت كبيرة، ومن ثم أدت إلى تغيير من الشعور بالراحة إلى الشعور بالخجل. وعلى الرغم من أن سلوك الفرد يختلف باختلاف الموقفين، فإنه من الممكن التنبؤ تماما بهذا السلوك، بالاعتماد على معرفتنا بسمة الشخصية ذات الصلة بهذا السلوك، وبكيفية تقييم الفرد وإدراكه للموقف الذي يوجد فيه. والفشل في التنبؤ بسلوك الفرد في موقف معين ربما يرجع عادة إلى نقص فيما نعرفه من معلومات عن الفرد وعن الموقف الذي يتفاعل فيه هذا الفرد.

وينطبق هذا المنطق نفسه على النتيجة التي توصلت إليها العديد من الدراسات، الخاصة بأن تقديرات وآراء عدد من الملاحظين المستقلين لسلوك معين أو لفرد ما، عادة ما تكون متباينة وغير متسقة. ويتمثل سبب ذلك في أن لدى كل ملاحظ منهم معلومات ومعارف عن هذا السلوك أو ذاك الفرد، تختلف حتما - بشكل أو بآخر - عما يوجد لدى الملاحظ الآخر. ففهم المحيطين بالفرد لسلوكه ودلالات هذا السلوك، سوف يختلف باختلاف معارف ومعلومات كل منهم عن هذا الفرد، والمنظور الذي ينظر إليه من خلاله. وعلى الرغم من كل ذلك، يجب أن نشير إلى أنه في كثير من المواقف يكون هناك اتفاق واتساق بين الملاحظين الذين يقومون بتقدير السلوك، مثلما تبين من دراسة أزيندورف، حيث كان هناك تشابه كبير في تقديرات ثلاثة ملاحظين مستقلين لأوضاع جسم المشاركين في الدراسة.

وبصورة عامة، فإن الملاحظين الذين يرون الشخص في السياق والموقف أنفسهما، عادة ما يتفقون في تقديرهم وفهمهم لهذا الشخص ولسلوكه. ومثال على ذلك ما أكدته دراسة أشينباخ وزملائه (Achenbach et al., 1987) من وجود درجة عالية من الاتفاق بين الآباء والأمهات على تقديرهم لسلوك أطفالهم، إذ بلغ متوسط معامل الارتباط بين تقديرات الآباء وتقديرات الأمهات ٠,٥٩، وتوصل فيرغسون وهورود (Fergusson & Horwood, 1987) إلى نتيجة مشابهة، حيث أشارا إلى وجود درجة جوهرية من الاتفاق بين أزواج من الملاحظين المستقلين يرون الطفل ويلاحظونه في مواقف متماثلة، في حين يختفي هذا الاتفاق بين الملاحظين، وذلك عندما يرى كل منهما الطفل ويلاحظه في سياق مختلف عن ذلك الذي يلاحظه فيه الآخر، مثل المدرس (الذي يلاحظ الطفل ويلاحظه في الإطار المدرسي)، ووالدة الطفل (التي تلاحظه في المنزل)، فهنا يكون الاتفاق منخفضا بين تقدير كل من المدرس وأم الطفل لسلوك هذا الطفل.

الخجل كسمة من سمات الشخصية

سنعرض هنا للدلائل التي تشير إلى أن الخجل سمة من سمات الشخصية. وسنبدأ أولا بعرض موجز لأهم المناحي التي حاولت تحديد السمات الأساسية للشخصية، ووضع الخجل في نماذج الشخصية الأخرى التي خرجت من عباءة تلك المناحي. وبعد ذلك سوف نناقش مسألة ضرورة التمييز الدقيق بين سمتي الخجل والانطواء، اللتين تبدوان - للوهلة الأولى - متشابهتين إلى حد كبير. ثم نناقش ما إذا كانت هناك أدلة قوية تؤكد أن الخجل هو بالفعل إحدى السمات الأساسية للشخصية. وأخيرا سنناقش ما إذا كان الخجل سمة واحدة متبلورة وثابتة، أم أن هناك سمات مختلفة ومتعددة للخجل؟

توجد العديد من المحاولات المنظمة لتحديد السمات الأساسية للشخصية. وكل تلك المحاولات اعتمدت في ذلك على أحد الأساليب الإحصائية الذي يسمى «التحليل العاملي» Factor analysis، وفيه يجري تحليل مصفوفة تتضمن معاملات الارتباط بين مجموعة من المتغيرات. والهدف من هذا التحليل هو الوصول إلى أقل عدد ممكن من العوامل العامة التي تلخص تلك الارتباطات بين المتغيرات. ويفترض هذا الأسلوب الإحصائي أن التباين في مجموعة درجات الأفراد على مقياس نفسي معين، إنما يعكس نوعين من العوامل: عوامل خاصة بهذا المقياس ذاته وأداء الفرد عليه، والأخرى تتضمن عوامل خاصة بالمقياس، بالاشتراك مع غيره من المقاييس المستخدمة في الدراسة. هذا بالإضافة إلى نوع ثالث من التباين خاص بأخطاء القياس التي هي أخطاء حتمية تحدث عند استخدامنا أي مقياس نفسي.

يهدف هذا الأسلوب - إذن - إلى تحديد عدد قليل من العوامل العامة التي تعبر عن مجموعة من المقاييس الخاصة ببعض سمات الشخصية، بحيث يكون العامل المعين بمنزلة تلخيص لاستجابات عينة كبيرة من الأفراد على عدد من مقاييس الشخصية، نعتبرها - مؤقتا - السمات الأساسية للشخصية. ومع ذلك، فالتحليل العاملي ليس أسلوبا واحدا

يحـدث في كل الحـالات بالخطوات نفسـهـا، بل هناك عـدد من أنواع التحليلات العاملية تختلف فيما بينها في بعض الإجـراءات والخطوات المتبعـة حتى الوصول إلى تحديد تلك العوامل العامـة، التي هـي بمنزلة السمات الأساسية للشخصية. ولهذا فهناك نقطتا اختلاف بين نظريات الشخصية التي اعتمدت على أسلوب التحليل العاملي في تحديدها السمات الأساسية للشخصية، الأولى خاصة بالحد الأدنى لعدد العوامل التي يجب أن نستخرجها من المصفوفة العاملية، لتعكس لنا الارتباطات بين متغيرات تلك المصفوفة، ومتى نتوقف عن التحليل واستخراج العوامل، وطبيعة المعايير التي على أساسها نستخدم إحدى طرق التحليل العاملي دون غيرها، وأي تلك الطرق يناسب طبيعة البيانات موضع التحليل في دراسة ما. وترتب على ذلك قدر كبير من الخلاف والجدل بين نظريات سمات الشخصية، نظرا إلى اختلافهم في تفسيراتهم الفنية لإجراءات وخطوات التحليل العاملي. فلقد ظلت دراسات سمات الشخصية متأثرة لسنوات طويلة بذلك الجدل المستمر بين ريموند كاتل Raymond Cattell وهانز أيزنك Hans Eysenck» حول من منهما يقدم لنا البناء الصحيح لوصف الشخصية الإنسانية، أو السمات الأساسية لها، على الرغم من أن كليهما يعتمد في ذلك على أسلوب التحليل العاملي، ولكن مع فروق في الإجراءات وخطوات التنفيذ، وبرنامج التحليل العاملي المستخدم، وهو ما ترتب عليه تحديد كل منهما لعدد من السمات الأساسية للشخصية، يختلف عما توصل إليه الآخر.

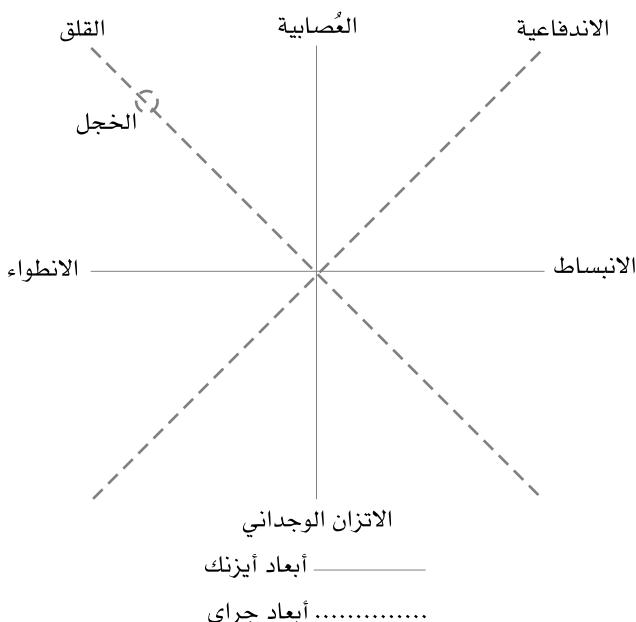
لقد استخدم كاتل (Cattell, 1973) (*) التحليل العاملي لتحديد السمات الأساسية للشخصية، وذلك من خلال أداء الأفراد على بعض الاختبارات العملية، وتقديراتهم الذاتية لسلوكهم مقيسة بالاستبيانات

(*) افترض «كاتل» Cattell أن العوامل الأولية هي التي تتيح لنا فهما أفضل للشخصية الإنسانية، وهو يتفق في ذلك مع غيلفورد Guilford الذي وصل في تحليلاته العاملية الى ثلاثة عشر عاملا. وقد ميز كاتل بين نوعين من السمات: سمات السطح Surface traits، وتمثل تجمعات من المتغيرات الواضحة والظاهرة التي تبدو متلازمة فيما بينها، وسمات المصدر وهي المتغيرات الكامنة التي تحدد مظاهر السطح. وقد أولى كاتل كل اهتمامه بسمات المصدر التي حددها في ست عشرة سمة أهمها الدورية والاستبشار والإذعان والاكتفاء الذاتي والمغامرة والسيطرة والاتزان الوجداني والتوجس والانغلاق على الذات [المترجم].

وتقديرات أصدقائهم ومعارفهم لسلوكهم. وعلى الرغم من أن العوامل التي توصل إليها من التحليل العاملي للبيانات المستمدة من كل مصدر من تلك المصادر الثلاثة لم تكن متماثلة، فإن كاتل حدد ستة عشر عاملا أسماها «سمات المصدر» Source traits، هي التي تظهر بانتظام في التحليلات العاملية، سواء أجرى التحليل لبيانات مستمدة من تقديرات الأفراد الذاتية لأنفسهم أو تقديرات الآخرين لهم. وكان أحد تلك العوامل أو سمات المصدر عامل أسماه كاتل التحفظ ضد المغامرة Threctia versus Parmia. ويميل الأفراد المرتفعون في التحفظ إلى الانزواء، ويفضلون أن يكونوا في الخلفية في المواقف الاجتماعية، ويشعرون بالارتباك إذا كانوا محل تركيز وانتباه الآخرين، ويجدون صعوبة في التحدث أمام مجموعة من الناس، ويصفون أنفسهم بأنهم غير اجتماعيين وغير منطلقين. ويبدو هذا العامل ظاهريا على أنه مقياس للخجل، وهو ما أشار إليه كاتل وزملاؤه (Cattell et al. 1970) P.91 حينما وصفوا هذه السمة المصدرية بأنها تتضمن الخجل والجبن ورهافة المشاعر والحساسية المبالغ فيها بالتهديد من جهة، في مقابل حب المغامرة والجرأة الاجتماعية وانخفاض الحساسية الانفعالية من جهة أخرى.

أما أبحاث أيزنك (Eysenck 1970) في الشخصية، فقد بدأت عند محاولته التوصل إلى مقاييس قصيرة، يمكن استخدامها لفرز وتحديد الجنود الذين عانوا بعض المشكلات الطبية النفسية في الحرب العالمية الثانية. فقد صمم أيزنك عددا من قوائم التقرير الذاتي للشخصية للمساعدة في تحديد ما إذا كان الفرد يحتاج إلى فحص طبي نفسي أعمق أم لا. وقد أسفر التحليل العاملي للبيانات المستمدة من تلك القوائم عن وجود عاملين أساسيين للشخصية، أحدهما يعكس حدة الظروف العُصابية التي يعيشها الفرد، وتشكل أساس إحدى سمات الشخصية التي أسماها أيزنك العُصابية Nerouticism، ويقابلها في الطرف الثاني من المتصل الاتزان الانفعالي. أما العامل الثاني، فيعكس نمط الظرف

العُصابي، الذي حدده أيزنك على أنه متصل يمتد من أقصى درجات الانبساط Extraversion إلى أقصى درجات الانطواء Introversion. فهذان العاملان يشكلان أساس استجابات الأفراد على عدد كبير من استخبارات التقرير الذاتي للشخصية التي تقيس هذين البعدين المتعامدين للشخصية، وهو ما يوضحه الشكل (١ - ١). وفيما بعد أضاف أيزنك بعدا ثالثا أسماه الذهانية Psychoticism في مقابل الواقعية.

ويتكون بعد الانبساط - الانطواء من عاملين نوعيين كان بينهما قدر من الارتباط، وهما الاجتماعية والاندفاعية. والانبساطي النموذجي هو ذلك الشخص المنطلق اجتماعيا، المحب للصحبة، سهل المعشر، المتفائل، الميال إلى المجازفة والمغامرة. أما الانطوائي النموذجي ، فهو على العكس من ذلك، هادئ وسلبي ومستبطن بذاته ويفضل العزلة ويسعى إليها ويتحاشى المجازفة ويميل إلى التدبر والتخطيط لا إلى الفعل المتسرع. أما بُعد العُصابية فيرتبط بالانفعالات القوية وسهولة الاستثارة. والأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على هذا البُعد يتسمون عادة بالقلق وتقلب المزاج وسهولة الاستثارة، وبالطبع فإن الأفراد المتزنين انفعاليا يتصفون بعكس هذه السمات. أما الأفراد الذين يحصلون على درجات عالية على بُعد الذهانية، فهم غير اجتماعيين وباردون ومتبلدون انفعاليا وعدوانيون ويكشفون عن عدم القدرة على التعاطف مع الآخرين أو مشاركتهم انفعالاتهم. وكذلك يتميز الأفراد الواقعيون بعكس هذه السمات. والأفراد المرتفعون في العُصابية، يزيد احتمال إصابتهم بأمراض نفسية عصابية، أما المرتفعون في الذهانية، فيزداد احتمال إصابتهم بالأمراض النفسية الذهانية (العقلية)، وإن كان ذلك - بلا شك - يتوقف على عوامل وأسباب أخرى (*).

(*) تمثل العُصابية استعدادا شخصيا للإصابة بالأمراض النفسية العصابية مثل القلق والرهاب والوسواس القهري والاكتئاب، بينما تمثل الذهانية استعدادا للإصابة بالأمراض العقلية الذهانية، والتي لا يكون أصحابها مستبصرين بحالاتهم مثل الفصام والاكتئاب. وبالطبع، فإن هناك كثيرا من العوامل البيئية التي ربما تدعم الإصابة بهذه الأمراض في ظل الاستعداد الوراثي للإصابة بها [المترجم].

وبشكل عـام، قدم أيزنك نموذجـا هـرميـا للـشـخـصـيـة، يتـضـمـن ثلاثة مستويات متمايزة. في القمة توجد الأبعاد الثلاثة الأساسية للشخصية التي أشـرنا إليهـا، أما المستوى التـالي لذلك، فهـو مستوى السمات التي يرتبط بعضـهـا مع بعض لتشكل تلك الأبعـاد، فكل بعـد من هذه الأبعـاد العـريضـة هـو نتـاج عـدد من السـمـات المتـرابطة. وعلى سـبـيل المثـال، فالذهانية تتضمن مجموعة من السمات هي: العدوان والبرود الانفعالي والسلوك المضاد للمجتمع والتمركز حول الذات ونقص التعاطف مع الآخـرين وعـدم مشـاركـتهم وجـدانيـا واضطراب الشـعـور بالشـخـصـيـة والإبداعيـة والتصلب العقلي والاندفاعيـة (Eysenck, P.205 1995). وأخيرا، وفي قاع الهرم، يأتي المستوى الثالث، وهو الذي يتضمن السمات الأولية، التي لا تمكن تجزئتها إلى عوامل أخرى أصغر.

الشكل (١ - ١): أبعاد الشخصية في نظريتي أيزنك وغراي

واقترح غراي (Gray 1987) تفسيرا مختلفا لبعدي الانبساط – الانطواء والعُصابية اللذين قدمهما أيزنك، حيث يرى غراي أنه إذا أجري تدوير المحاور لهذين العاملين، فسوف ينتج من ذلك بعدان مختلفان هما الاندفاعية والقلق، كما هو موضح في الشكل (١ – ١). وعلى الرغم من أنه لا توجد معايير إحصائية محددة واضحة يمكن الاعتماد عليها في المفاضلة بين أنواع التدوير المختلفة، فإن غراي يؤكد أن تفسيره لهذين العاملين بعد التدوير يلقى تدعيما من نتائج العديد من الدراسات الأخرى (*)، ويرى غراي أن عامل القلق يمثل درجة عالية من الحساسية لكل ما يوحي بالعقاب (أو نقص التشجيع والمكافأة)، في حين أن الاندفاعية ترتبط بالحساسية الزائدة لكل ما يوحي بالتشجيع والمكافأة، وأن الأفراد العُصابيين (على أساس بعد أيزنك) يكونون أكثر حساسية للمواقف الخارجية المؤثرة، سواء أكان هذا التأثير في صورة تشجيع ومكافأة أم في صورة عقاب. أما الأفراد العصابيون الانطوائيون (لدى أيزنك)، أي القلقين (لدى غراي) فإنهم أكثر حساسية لتلميحات العقاب، في حين يكون العصابيون الانبساطيون (لدى أيزنك)، أي الأشخاص المندفعين (لدى غراي) أكثر حساسية لتلميحات المكافأة والتشجيع.

ويرى «غراي» أن هذا التفسير يتوافق مع أدلة نفسية فسيولوجية خاصة بأنظمة عمل المخ عند التعرض لكل من المكافأة والعقاب، وبخاصة تلك الأدلة المستمدة من تأثير العقاقير التي تؤدي إلى خفض القلق. وعلى ذلك افترض غراي أن هناك ما يسمى «نسق الكف السلوكي» Behavioral inhibition system، الذي يستجيب لتلميحات العقاب وعدم التشجيع (مثلما يحدث في المواقف الجديدة بالنسبة إلى الفرد كمقابلة الغرباء) بكف السلوك، مع زيادة في مستوى الاستثارة Arousal، وتركيز

(*) تدوير المحاور Axes rotation: أحد إجراءات التحليل العاملي التي تُفسَّر في ضوئها العوامل التي تنتج من التحليل العاملي. وهناك نوعان أساسيان للتدوير هما التدوير، المتعامد الذي يفترض الاستقلال بين العوامل، والتدوير المائل الذي يفترض الارتباط بين هذه العوامل أو عدم الاستقلال فيما بينها. ويُستخدم أي من هذين النوعين للتدوير وفقا للأساس النظري الذي يوجد لدى الباحث بشأن طبيعة العلاقة التي تنظم متغيراته البحثية [المترجم].

الفرد انتباهه على الموقف البيئي الموجود فيه. ويعني هذا أن الفروق الفردية في القلق هي نتيجة للفروق في طبيعة ونشاط نسق الكف السلوكي. والواقع أن تلك الفكرة التي تؤكد أن المواقف الجديدة والمواقف الاجتماعية التي تنطوي على تهديد للفرد، ترتبط بالفروق الفردية في الكف السلوكي، تلقى قبولا من الباحثين في موضوع الخجل. وكما سوف نرى، فإن الدراسات العاملية للخجل قد وضعت الخجل على بُعد القلق الذي قدمه غراي.

أما بالنسبة إلى أبعاد نظرية أيزنك، فإن موقع الخجل عليها غير محدد بشكل دقيق. فأحيانا يعتبره أيزنك سمة من سمات الانطواء، وأحيانا أخرى يعتبره إحدى سمات العُصابية. والبند الوحيد في قائمة أيزنك للشخصية الذي تعامل مع الخجل صراحة، هو أحد بنود مقياس العُصابية. فعلى الرغم من أن أيزنك أحد أقطاب الباحثين في مجال الشخصية، وما يتعلق بها من موضوعات، فإنه لم يولِ دراسة الخجل إلا قدرا بسيطا من الاهتمام. ومع ذلك فإنه اقترح وجود نوعين منفصلين من الخجل: الخجل الانطوائي، وهو ما يوجد لدى الأفراد غير الاجتماعيين، والخجل العصابي وهو ما يوجد لدى الأفراد الذين يشعرون بالوحدة، ويبالغون في الشعور بالذات، ويميلون إلى الشعور بالقلق والندم عند تعرضهم لأي خبرة مخزية. وسوف نعود إلى مناقشة أنواع الخجل بعد أن نعرض بإيجاز منحى ثالثا هدف إلى دراسة وتحديد السمات الأساسية للشخصية.

والسؤال الآن: هل كان وصف الشخصية أحسن وأوضح في ضوء سمات المصدر الست عشرة لكاتل، أم في إطار الأبعاد الثلاثة لأيزنك؟ والواقع أن الاجابة عن هذا السؤال ظلت موضعا للجدل والخلاف لسنوات كثيرة. فسمات المصدر لدى كاتل يمكن إخضاعها لتحليل عاملي لاختصارها وتلخيصها في عدد أقل من العوامل، وهو ما حدث بالفعل، وأسفر عن وجود ثمانية عوامل، أطلق على أحدها عامل

الانبساط Exvia وعلى آخر عامل القلق Anxiety. وتبين أن هذين العاملين يتشابهان كثيرا مع عاملي أيزنك: الانبساط - الانطواء، والعُصابية - الاتزان الوجداني.

وقد تأكد وجود هذين العاملين أيضا في دراسات حديثة هدفت إلى تحديد العوامل الأساسية للشخصية، إذ يشير نموذج «العوامل الخمسة الكبرى للشخصية» إلى أن التحليلات العاملية لكثير من مقاييس الشخصية، قد أشارت إلى أن للشخصية خمسة عوامل أساسية هي التفتح ويقظة الضمير والانبساط والطيبة والعُصابية (Costa & McCrae 1995). وتبعا لهذا النموذج، فإن الانبساطي النموذجي هو الشخص النشط والمغامر والمؤكد لذاته والمندفع والواثق بنفسه والاجتماعي، في حين أن الانطوائي متحفظ ومذعن وجبان. وكما هو واضح، فإن هذا العامل يتشابه كثيرا مع بعد الانبساط - الانطواء لدى أيزنك، وبالتالي فهو قابل للتحليل إلى سمتين. لكن هاتين السمتين قد أطلق عليهما في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية الثقة والاجتماعية، وليس الاندفاعية والاجتماعية (Feist 1998). أما العصابي، فهو الشخص القلق والمكتئب والانفعالي وسهل الاستثارة، والذي يشعر بعدم الأمان والشد العصبي والضغط المستمر، وهو المقابل للمتزن انفعاليا، ذلك الذي يحسن التوافق، ويتمتع بالهدوء والاسترخاء، وعدم الشعور بالذنب والسعادة والاستقرار (المرجع السابق).

ويتضح مما سبق أن المناحي الثلاثة الكبرى التي اهتمت بدراسة وتحديد العوامل الأساسية للشخصية تتفق فيما بينها على وجود عاملين أساسيين للشخصية هما الانبساط - الانطواء والعُصابية (أو القلق). ويبدو أن الخجل يرتبط بكل من هذين العاملين. ومما يؤكد ذلك ارتباط عامل التحفظ Threctia لدى «كاتل» ارتباطا جوهريا بكل من عاملي الانبساط Exvia والقلق. وكذلك عرض «كروزير» (Crozier 1979) كثيرا من الدراسات، وخرج من هذا العرض بنتيجة مؤداها أن الخجل يرتبط بكل من الانطواء والعُصابية. ويدعم ذلك ما توصل إليه

«بيلكونيز» (Pilkonis 1977a) من وجود ارتباط جوهري بين الخجل مقيسا بأسلوب التقرير الذاتي، وكل من الانطواء والعُصابية، مقيسين بقائمة أيزنك للشخصية. وكذلك أشار بريغز وسميث (Briggs & Smith 1986) إلى وجود معاملات ارتباط جوهرية سلبية بين خمسة مقاييس مستقلة للخجل من جهة، وأحد مقاييس الانبساط من جهة أخرى، وكان متوسط تلك الارتباطات – 0.38 ، وذلك معاملات ارتباط جوهرية إيجابية بين تلك المقاييس الخمسة للخجل وأحد مقاييس العُصابية، وكان متوسط تلك الارتباطات ٠,٣٥ أما أزيندورف وويلبرز (Asendorf & Wilpers 1998)، فقد توصلا إلى أن الخجل يرتبط جوهريا باثنين مع عوامل الشخصية الخمسة الكبرى، حيث ارتبط إيجابيا بالعُصابية، وبلغت قيمة هذا الارتباط الجوهري ٠,٤٥، وسلبيا بالانبساط وبلغت قيمة هذا الارتباط الجوهري – ٠,٦٧

وفي دراسة أجراها بريغز (Briggs 1988) على عينة شملت ٢٩٠ مبحوثا من طلاب الجامعة، قِيس الانبساط والعصابية «بقائمة أيزنك للشخصية»، وكذلك قياس الخجل بمقياس يتضمن ٧٤ بندا جرى اختيارها من ضمن بنود أربعة مقاييس للخجل. وبينت النتائج أن أغلبية بنود مقياس الخجل (٥٦ بندا من البنود الأربعة والسبعين) قد ارتبطت جوهريا بكل من عاملي الانبساط والعصابية، حيث ارتبطت بالانبساط سلبيا وبالعصابية إيجابيا، وأن عددا قليلا من بنود الخجل هو الذي ارتبط جوهريا بواحد فقط من هذين العاملين ولم يرتبط بالآخر، وأن درجة هذا الارتباط كانت تتوقف على طبيعة المفردات المصاغ منها بنود المقاييس الثلاثة. فعلى سبيل المثال، إن بنود الخجل التي جاءت في صياغتها كلمات مثل: القلق والتوجس والشعور بالاسترخاء وأصبح عصبيا ارتبطت بالعُصابية ارتباطا أقوى من ارتباطها بالانطواء، ربما لأن تلك الكلمات نفسها توجد في بنود العُصابية في المقياس المستخدم. وخلص بريغز إلى استنتاج مؤداه أن أنسب تصور للخجل هو اعتباره سمة أولية تقع بين الانطواء والعُصابية، ويتضمن خصائص مستمدة من كل منهما.

ولمزيد من الدقة، يقع الخجل بين مكون الاجتماعية كأحد مكونات الانطواء والعُصابية، ويتضمن خصائص مستمدة من كل منهما. ولمزيد من الدقة، يقع الخجل بين مكون الاجتماعية كأحد مكونات الانطواء من جهة، وانخفاض الثقة بالذات كأحد جوانب العُصابية من جهة أخرى (المرجع السابق، ص ٣٠٥).

وبناء على هذا التحليل، فإن الخجل ليس مرادفا للانطواء، لأنه يتضمن كذلك خصائص من العُصابية. ولكن هل يمكن أن نميز بين الخجل والانطواء بوضوح أكثر؟ نعم، فهناك دلائل على أن ذلك ممكن. فقد أجرى أيزنك ((Eysenck, 1956 See: (Crozier 1979) تحليلا لعدد من مقاييس «قائمة غيلفورد للشخصية» شمل مقاييس الخجل والانطواء والعُصابية، ووجد أيزنك أن هناك مجموعة من بنود مقياس الخجل ارتبطت بالانطواء ولم ترتبط بالعُصابية ، وهي البنود التي يدور مضمونها حول رغبة الشخص في الاختلاط بالآخرين، على أن يظل في خلفية أي موقف اجتماعي، ومجموعة بنود أخرى ارتبطت بالعُصابية ولم ترتبط بالانطواء، وهي البنود التي يدور مضمونها حول معاناة الفرد من مشاعر الوحدة والشعور المبالغ فيه بالذات.

وتوصلت كذلك دراسة شيك وبص (Cheek & Buss 1982) التي قِيس فيها كل من الخجل والاجتماعية بأسلوب التقرير الذاتي إلى أن هذين العاملين مستقلان، حيث أشارت نتائج التحليل العاملي إلى وجود عاملين متمايزين أحدهما عامل الخجل، وتكون من البنود التي يدور مضمونها حول الشعور بالضغط والشد العصبي عند الوجود مع آخرين، وشعور الفرد بأنه لا يعرف كيف يتصرف في هذه المواقف، وشعوره بالكف السلوكي (عدم القدرة على إصدار أي سلوك) في المواقف الاجتماعية. أما عامل الاجتماعية فقد تضمن بنودا يدور مضمونها حول ولع الفرد بالوجود مع آخرين، وترحيبه بذلك، وانتهازه أي فرصة للاختلاط بهم والتفاعل معهم. وكان الارتباط بين هذين العاملين متوسطا ولم يبلغ حد الدلالة.

وقارن شيك وبص في دراستهما هذه بين أفراد عينة من السيدات يختلفن فيما بينهن في درجاتهن على عاملي الخجل والاجتماعية، وذلك في تصرفاتهن وسلوكهن في أثناء تحاور كل واحدة منهن مع شخص غريب بالنسبة إليها. وتبين أن النساء الخجولات يتكلمن قليلا في أثناء الحوار مع الغريب مقارنة بغير الخجولات. وكشف تقديرهن الذاتي لأنفسهن عن أنهن كن أكثر توترا وكفّا في السلوك مقارنة بتقديرات غير الخجولات لأنفسهن. وكذلك تبين وجود فروق داخل مجموعة النساء الخجولات، فالنساء مرتفعات الخجل والاجتماعية معا، يختلفن عن النساء مرتفعات الخجل فقط ومنخفضات الاجتماعية، حيث كانت المجموعة الأولى أكثر قلقا في أثناء الحوار مع الغريب، وكشفن عن مزيد من حركات الجسم الدالة على التوتر (مثل كثرة لمس الوجه أو الجسم باليد في أثناء الحوار)، وينظرن إلى من يتحدثن إليه أقل، وقدرهن الباحثون الملاحظون (حيث كان الحوار مسجلا بالفيديو) بأنهن أكثر توترا وكفّا، مقارنة بنساء المجموعة الثانية.

وتوصل شميت وفوكس (Schmidt & Fox 1994) إلى نتائج مشابهة، حيث تبين أن عينة المبحوثين المرتفعين على كل من مقاييس الخجل والاجتماعية كانت معدلات ضربات قلوبهم في أثناء وجودهم في مواقف اجتماعية جديدة وغير مألوفة لهم أعلى جوهريا، مقارنة بكل من مبحوثي عينة المرتفعين في الخجل فقط والمنخفضين في الاجتماعية، وعينة غير الخجولين.

وأشار أيزنبرغ وزملاؤه (Eisenberg et al, 1995) إلى وجود فروق بين عينتين، إحداهما من الخجولين والأخرى من المنخفضين في الاجتماعية، وذلك من خلال تقديراتهم الذاتية لأنفسهم على عدد من مقاييس الانفعالية والضبط الذاتي. وتم قياس ثلاثة جوانب للانفعالية هي الاستجابات الانفعالية وحدتها (مثل زيادة العرق في المواقف المهمة)، ومعدل التعرض للمشاعر القوية، سواء إيجابية أم

سلبية، والميل إلى الاستجابات الانفعالية السلبية مثل القلق والندم. وتبين أن الخجل يرتبط بالمستويات المرتفعة من الحدة الانفعالية، وبزيادة معايشة المشاعر السلبية، وبحدة الانفعالات السلبية. أما الاجتماعية المنخفضة - وعلى النقيض من ذلك - فارتبطت بالاستجابة المنخفضة ولم ترتبط بمقاييس المشاعر السلبية. أما مقاييس الضبط الذاتي، فشملت الضبط الانفعالي (مثال: أجد صعوبة في التحكم في الأفكار التي يمكن أن تجعلني أخرج عن شعوري وأفقد السيطرة على نفسي) وأساليب المجابهة. وتبين أن الخجل يرتبط بكل من المستوى المنخفض من السيطرة والتحكم، وأساليب المجابهة الأقل فاعلية. ولم تكن ارتباطات الاجتماعية المنخفضة بكل من الانفعالية والضبط الذاتي مشابهة لارتباطات الخجل بهما. وتدعم تلك النتائج وجهة النظر التي ترى أن الخجل شيء مختلف عن الانطواء، ويتمايز عنه في كثير من الجوانب. لكن نتائج دراسة بروش وزملائه (Bruch et al, 1989) لا تؤيد هذا الطرح، حيث أشارت تلك النتائج التي أجري فيها تحليل عاملي لمقاييس الخجل ومقاييس الاجتماعية التي استُخدمت في دراسة شيك وبص التي سبقت الإشارة إليها، إلى أنه على الرغم من وجود ما يدل على تمايز واختلاف هذين العاملين (الخجل والاجتماعية) فإن الارتباط بينهما أقوى مما ورد في دراسة شيك وبص (بلغ الارتباط في الدراسة الحالية - ٠,٥٦، في حين كان في دراسة شيك وبص - ٠,٢٨). وأجرى بروش وزملاؤه كذلك دراسة على عينة من طلبة الجامعة ممن يختلفون في نمط درجاتهم في كل من الخجل والاجتماعية، وذلك باستخدام أسلوب الملاحظة، حيث جرى تسجيل بالصوت والصورة لموقف تواصل وحوار بين كل فرد من أفراد العينة وطرف آخر غريب عليه من الجنس المقابل. وأشارت النتائج إلى وجود فروق جوهرية بين الخجولين وغير الخجولين على عدد من المقاييس، منها أن الخجولين كانوا أقل كلاما وتعبيرا عن

حالتهم ومشاعرهم النفسية، سواء الإيجابية أو السلبية، ويصدرون سلوكا غير لفظي تعبيرا عن التوتر والقلق، ويكشفون عن تغييرات في معدل ضربات القلب، أعلى من مثيلتها لدى غير الخجولين. وخلافا مع نتائج دراسة شيك وبص، فإن الدراسة الحالية لم تتوصل إلى ما يشير إلى أن الأفراد المرتفعين في كل من الخجل والاجتماعية هم أكثر المجموعات قلقا عند التواصل والحوار مع الغرباء. والواقع أن هناك عددا من الفروق بين الدراسة الحالية والدراسة الأصلية التي أجراها «شيك وبص»، يجعل المقارنة بين نتائج الدراستين أمرا صعبا. ومع كل، فإن النتائج في مجملها تشير إلى قيمة وأهمية التمييز بين الخجل وانخفاض الاجتماعية.

وتلخيصا لما سبق، فإن الخجل هو سمة من سمات الشخصية، لا هي مماثلة للانطواء، ولا هي مضادة للاجتماعية. ومن الممكن أن يكون الشخص نفسه مرتفعا في كل من الخجل والاجتماعية. ومثل هذا الشخص هو الذي يكشف عن أعلى درجات التوتر والقلق في المواقف الاجتماعية، مقارنة بمن هو مرتفع في الخجل فقط، أو بمن هو منخفض في الاجتماعية فقط. ويمكننا فهم هذه النتائج في ضوء الأهداف التي يضعها الأفراد لأنفسهم. فالأفراد المرتفعون في كل من الاجتماعية والخجل يريدون الاختلاط بالآخرين، لكنهم لا يثقون بقدرتهم على القيام بذلك. أما الخجولون غير الاجتماعيين وعلى الرغم من عدم ثقتهم بقدرتهم على الاختلاط بالآخرين، فإنهم يفتقرون إلى الدافعية للاختلاط بهم، بل يجدون أنه من الأسهل لهم إيجاد نمط حياة معين - غير الاختلاط بالآخرين - يتواءمون من خلاله مع خجلهم هذا. أما الانطوائيون (أو غير الاجتماعيين) ممن لا يعانون الخجل، فإنهم راضون وقانعون بحالهم، ولا يشعرون بأنهم في حاجة إلى الاختلاط بالآخرين، وفي الوقت نفسه لا يشعرون بأن وجودهم في المواقف الاجتماعية يمثل لهم أي نوع من التهديد والتوتر.

مقاييس الخجل

لقد أشرت في بحث آخر لي (Crozier 1979) إلى أن عامل الخجل يظهر بوضوح واتساق في دراسات التحليل العاملي للشخصية، وذلك منذ أن بدأت تلك الدراسات من عقود كثيرة. لكن الاهتمام بتصميم مقاييس مناسبة لهذا العامل لم يبرز إلا في السنوات الأخيرة، وهو ما أدى إلى توافر عدد من مقاييس الخجل نعرض لبعضها في الجدول التالي رقم (١ - ٣).

الجدول (١ - ٣): استبيانات قياس الخجل

المقياس	المؤلف	عدد البنود
مقياس الخجل*	شيك وبص (١٩٨١)	٩
مقياس التحفظ الاجتماعي*	جونز ورسل (١٩٨٢)	٢١
مقياس موريس للخجل*	موريس (١٩٨٢)	١٤
مقياس سمة الخجل	إيكاوا (١٩٩١)	١٦
التفاعل المقلق*	ليري (١٩٨٣)	١٥
مقياس الخجل*	ماك كورسكي وآخرون (١٩٨١)	١٤
التقرير الذاتي للخوف من التواصل	ماك كورسكي (١٩٧٠)	٢٥
مقياس القلق الاجتماعي	فينغستاين وآخرون (١٩٧٥)	٦
مقياس الخجل للأطفال	كروزير (١٩٩٥)	٢٦

* **أجرى بريغز وسميث (Briggs & Smith,1986) دراسة هدفت إلى المقارنة بين تلك المقاييس الخمسة.**

والواقع أنه توجد فروق بين تلك المقاييس في معنى الخجل الذي يدعي كل منها أنه يقيسه. فبنود مقياس التفاعل المقلق الذي أعده ليري Leary تشير إلى التقرير الذاتي للقلق، وتغفل الإشارة إلى السلوك. وهو في ذلك يتوافق مع تحليل «ليري» للخجل، إذ يرى

(Leary. P.23 1983) أن الخجل ليس مكافئا للقلق، بل هو مزيج من القلق والسلوك المكفوف، وبالتالي فلكي نتجنب أي خلط، يجب أن يقاس القلق والسلوك، كل بمقياس مستقل. أما ماك كورسكي (McCorskey 1986) فقد أعد مقياسين مستقلين، الأول لقياس الخجل، وفيه يتجاهل تماما الإشارة إلى القلق، إذ إن بنوده كلها تدور حول نقص القدرة على تبادل الحديث مع الآخرين والهدوء والخجل. أما المقياس الثاني (التقرير الذاتي للخوف من التواصل)، فهو يقيس القلق في أربعة أنواع من المواقف هي المناقشات الجماعية والمقابلات والمحاورات ونقل رسائل لفظية للقيام بدور الوسيط بين طرفين. ويقاس القلق بتقدير ما يشعر به الفرد في تلك المواقف من خوف وعصبية وتوتر وعدم القدرة على التفكير السليم وعدم القدرة على الاسترخاء ونقص الثقة بالنفس. ولا يوجد من بين كل بنود الاختبار بند واحد يذكر السلوك.

أما المقاييس الأخرى، فتتضمن بنودا تشير صراحة إلى الخجل (كل المقاييس الواردة في الجدول السابق (١ – ٣) تتضمن بنودا تذكر كلمة الخجل صراحة، باستثناء مقياس التقرير الذاتي للخوف من التواصل) بما يتضمنه من الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية المميزة له. وعلى الرغم من اختلاف تلك المقاييس فيما بينها في كل من عدد البنود والاهتمام بجانب واحد من جوانب الخجل أكثر من الجانبين الآخرين، فإن الارتباطات بينها مرتفعة، وهو ما يعني أنها تقيس جميعا عاملا واحدا. وأجرى بريغز وسميث (Briggs & Smith, 1986) تحليلا لخمسة من مقاييس الخجل (وهي تلك التي يوجد على كل منها علامة النجمة في الجدول رقم ١ – ٣). وتبين أن معاملات الارتباط بين كل منها والمقاييس الأربعة الأخرى كلا على حدة تراوحت بين ٠,٧٠ و٠,٨٦، بمتوسط معامل ارتباط قدره ٠,٧٧، وكان الثبات الداخلي لكل مقياس من تلك المقاييس الخمسة مقبولا، إذ تراوح بين ٠,٨٢ و٠,٩٢.

إن تمتع تلك المقاييس بخصائص القياس الجيد، ليس إلا مجرد الخطوة الأولى نحو تحديد ما إذا كان من المفيد اعتبار الخجل سمة من سمات الشخصية أم لا. فلا بد من أن تسعى الدراسات إلى معرفة الى أي مدى تتمتع تلك المقاييس بصدق التكوين Construct Validity، أي تعكس بالفعل «ماهية» مفهوم الخجل وطبيعة علاقته بالمفاهيم الأخرى وثيقة الصلة به. وكان ذلك مثار اهتمام عدد من الدراسات التي عنيت بدراسة متضمنات الخجل في السلوك الاجتماعي، إذ اهتم بعضها ببحث أوجه الشبه والاختلاف بين مقاييس الخجل من جهة، وتكوينات افتراضية أو مفاهيم أخرى ذات صلة بالخجل من جهة أخرى، وكذلك فحص العلاقة بين تقديرات الأفراد الذاتية لأنفسهم على استبيانات الخجل، وتقديرات الآخرين لهم، سواء كان هؤلاء الآخرون من أصدقائهم أو معارفهم أو ملاحظين محايدين (Briggs & Smith,1986) (Cheek & Briggs, 1990). وخلصت تلك الدراسات إلى أنه رغم وجود مشكلات في تعريفات الخجل، فإن دراسة الخجل ثبتت فائدتها وأهميتها. ولا شك في أن الكتاب الحالي يهتم مباشرة بمسألة صدق التكوين للخجل، ودائما ما نهتم بها ونشير إليها فيما نعرض له من دراسات إمبريقية (واقعية).

الأنماط المختلفة للخجل

يرى بريغز (Briggs, 1988) أن الخجل هو سمة أولية لا يمكن تحليلها إلى سمات أخرى باستخدام أسلوب التحليل العاملي، في حين يرى باحثون آخرون أنه توجد أشكال مختلفة ومتمايزة للخجل. وقد ميز بلكونيز وزيمباردو (1979) بين نمطين للخجل، هما الخجل العام أو العلني، والخجل الخاص أو السري، وذلك بناء على تحليلهما تقديرات عينة من المبحوثين الخجولين لأهمية خمسة جوانب للخجل هي: الشعور بالاضطراب في المواقف الاجتماعية ، والخوف من أن يوضع الفرد موضع تقييم الآخرين السلبي له، والميل إلى تجنب المواقف الاجتماعية، والفشل

في التصرف بأسلوب مناسب (مثل تجنب النظر في عيني الطرف الآخر عند الحديث معه)، وإصدار سلوك أهوج. وأسفر تحليل استجابات أفراد العينة عن تحديد ثلاث مجموعات مختلفة من الأفراد الخجولين، أكد مبحوثو إحدى هذه المجموعات أن أهم ما يشغلهم ويسبب توترهم في خبرة الخجل هو ما يعانونه من اضطراب داخلي، والخوف من تقييم الآخرين السلبي لهم. وأطلق الباحثان على هذا النمط من الخجل الذي عبر عنه أفراد تلك المجموعة مسمى «الخجل الخاص أو السري» Privately shy، وذلك لأن اهتمام الفرد الخجول هنا كان منصبًا على حالته الداخلية. أما أفراد المجموعتين الثانية والثالثة، فقد تماثلوا في تأكيدهم على أهمية الفشل في التصرف بشكل ملائم، والقيام بسلوك أهوج، والخوف من التقييم السلبي للآخرين. وأطلق الباحثان على هذا النمط من الخجل مسمى «الخجل العام أو العلني» Publicity shy، وذلك لأن اهتمام الفرد الخجول كان منصبا على سلوكه الظاهر، وليس على مشاعره الداخلية. هذا بالإضافة إلى وجود مجموعة أخرى صغيرة من أفراد العينة ركزت على تجنب المواقف الاجتماعية، لكن الباحثين لم يطلقا على تلك المجموعة من الخجولين مسمى محددا.

ولم يثبت في دراسات استخدمت أسلوب التحليل العاملي أن الخجل يمكن أن ينقسم إلى عاملين مختلفين، أحدهما خاص بالخجل العام والآخر بالخجل الخاص. ومع ذلك فيبدو أن الناس تقدر أحكامها الخاصة بخجلها في ضوء ثلاثة مكونات أساسية للخجل هي المكونات المعرفية والوجدانية والسلوكية، وأن هناك فروقا بين الأفراد فيما يعطونه لكل جانب من تلك الجوانب من أهمية ووزن نسبي، وهم بصدد تكوين أحكامهم الخاصة عن خجلهم.

وفي دراسة أجراها شيك وكرازنوبيروفا (Cheek & Krasnoperova, 1999) جرى التمييز بين نمطين من الخجل هما خجل الانسحاب Withdrawn shyness، الذي يتميز بالكف السلوكي والصمت وقلة الكلام وتجنب المواقف الاجتماعية، وخجل الاعتماد Dependent

shyness، الذي يتميز بمسايرة الآخرين والإذعان لهم، وميل الفرد إلى الحيادية دائما بوصفها وسائل لحماية الذات، يلجأ إليها كثير من الخجولين. ويستخدم هذان النمطان من الخجل استراتيجيتين مختلفتين، يعتمد الشخص الخجول على إحداهما ليوائم خجله مع متطلبات مواقف التفاعل الاجتماعي. فإما أن يحاول الشخص الخجول أن يتحاشى تلك المواقف من البداية، أو يؤدي دور الشخص السلبي المساير والمذعن إذا كان هذا التحاشي غير ممكن عمليا، آملا أن يتمكن بذلك من ألا يكون محور انتباه الآخرين وتركيزهم.

وميز أرنولد بص (1986) بين نوعين من الخجل، هما خجل الخوف Fearful shyness وخجل الشعور بالذات Self-consciouness. ويرى «بص» أن النوع الأول يحدث عند وجود الفرد في مواقف اجتماعية جديدة غير مألوفة له. أما النوع الثاني فيحدث في المواقف الرسمية التي يحدث فيها انتهاك خصوصيات الفرد، وكذلك عندما يمعن الشخص النظر إلى ذاته مدركا إياها على أنها مختلفة عن الآخرين. والواقع أن لهذا التمييز جانبه الارتقائي فيما يتعلق بالمتطلبات المعرفية اللازمة للشعور بالذات. فخجل الخوف يظهر في مرحلة مبكرة من حياة الفرد ويرتبط بكف السلوك في المواقف الجديدة، خصوصا عند التواصل مع الغرباء. ومن ثم فإن هذا النوع من الخجل يتطلب أن يكون الفرد في مرحلة عمرية (ارتقائية) يمتلك فيها قدرات معرفية تمكنه من شعوره بالذات، وذلك على النقيض من النوع الآخر من الخجل الذي يظهر تاليا، ويرتبط بالوعي بالذات بوصفه كيانا اجتماعيا. وسوف نناقش الجوانب الارتقائية للخجل بقدر من التفصيل في الفصل الرابع.

ودفع هذا التصور الذي قدمه بص إلى إجراء عدد من الدراسات الإمبريقية، منها دراسة بص وزملائه (1986) التي صنفت فيها عينة من صغار الراشدين إلى مجموعتين من الخجولين، بناء على درجاتهم على عدد من مقاييس الخجل، هما مجموعة خجل الخوف ومجموعة خجل الشعور بالذات. واعتمادا على المعايير نفسها التي استخدامها بص، فقد

حـدد بروس وزمـلاؤه خـجل الخـوف بأنه ذلك الخـجل الذي يوجـد لدى الأفـراد الذين تكون درجـاتهم على الخـجل النـاشئ عـن الخـوف أعلـى من المتوسـط بمقدار واحد انـحراف معياري، وعلى الخـجل الناشئ عن الشـعور بالذات أقل من المتوسط بمقدار واحد انحراف معياري أيضا. وعلى العكس من ذلك، يصنف الفرد مع مجموعة خجل الشعور بالذات إذا كانت درجته على الخـجل النـاشئ عـن الخـوف أقل من المـتوسط بمقـدار واحـد انحـراف معياري، ودرجته على الخـجل الناشئ عن الشعور بالذات أعلى من المتوسط بمقـدار واحـد انحـراف مـعيـاري أيضـا. وبعـد ذلك حـدثت المقـارنة بين المجموعتين، فتبين وجود بعض الفروق الجوهرية بينهما، أهمها أن خجل الخـوف يظهـر في مـرحلة عـمرية مـبكرة من حـياة الـفرد، مـقارنة بخـجل الشـعـور بـالذات. ويدعم تلك النتـائج التي تشـيـر إلـى أن نمطا مـعـينا من الخجل يحدث مبكرا في حياة الفرد، في حين يحدث نمط آخر مختلف في مـرحلة عـمرية تـالية، مـا تـوصل إليـه شـيك وكـرازنوبيـروفا (1999) من أن الخـجل كان أكثر وضـوحا وثبـاتا لدى أولئك الذين أكدوا أن خجلهم قـد بدأ معهم مبكرا، إذ أقر أكثر من ٧٢ في المائة من أولئك الذين قـالوا إنهم عانوا الخجل منذ سنوات عمـرهم المبكرة وقبل التحـاقهم بالمدرسـة الابتـدائيـة، بأنهم لايزالون يعـتبـرون أنفسـهم إلى الآن مـن الخـجـولين، وذلك مـقـارنة بنـسـبـة ٤٢ في المائة فـقط هم الـذين أشـاروا إلى أن بداية خـجلهم كـانت متأخرة، ولم يشعروا به إلا بعد سنوات المدرسة الابتدائية.

وأجـرى كـذلك شـميت وروبنسـون (1992) دراسـتهـمـا في ضـوء مـعيـار التصنيف نفسـه الذي اسـتخـدمـه بص للتـمييـز بين خـجل الخـوف وخـجل الشعور بالذات، وتوصلا إلى أن عينة خـجولي الخوف كانت أقل في تقدير الذات مقارنة بعينة خجولي الشعور بالذات. وأرجع الباحثان هذه النتيجة إلى أن خـجل الخـوف ينشـأ مبكـرا في حيـاة الفـرد وقـبل خـجل الشـعـور بالذات، وبـالتـالي يجـعل مـن يصـاب به واقـعـا لسـنوات طويلة تحت تأثيـر الخـوف من تقـيـيم الآخـرين سلبـيا له، وهـو مـا يقـيده ويحـجمـه ويقلل من فـرص تـنمـيـة مهـاراته الاجـتمـاعـيـة وفـاعـلية الذات لديه. وفي دراسـة بروش

وزمـلائه (1986) تبين أن درجـات خـجـولـي الخـوف على مـقـيـاس خـاص بكفـاءة حل المشـكلات الاجـتـمـاعـيـة الافـتـراضـيـة كـانـت أقل جـوهـريا من درجـات غيـر الخـجـولين، في حين لم تكن هـنـاك فـروق بين خجـولي الشـعـور بالذات وغير الخجولين.

وعلى الـرغم من وجـود مـثل تلك الفـروق بين هـذين النمـطين المفـتـرضين للخـجل (خـجل الخـوف وخـجل الشـعـور بالذات)، فـإنه يعـيب الدراسـات التي أشارت إلـى ذلك عدم اسـتخدامـها مـقاييس مـلائمة سيكومـتريا تختص بهـذين النمطين من الخجل. فما يضعف هذه الوجهة من النظر التي ترى وجود أنماط مختلفة للـخجل هو مـا أشارت إليـه نتائج دراسـات كثيرة - عرضنـا بعضهـا في بداية هذا الفـصل - من وجـود ارتبـاطات عاليـة بين مـختلف مقـاييس الخـجل. وكذلك وجـود عـامل عام للخجل تشعبت عليـه بنود للخجل مستمدة من مقاييس مـختلفة، وأنه لا يوجـد مـا يدل على وجـود عـاملين متمـايزين للخـجل، يمكن أن نسـمي أحـدهمـا عـامل خـجل الخوف والآخـر عـامل خـجل الشـعـور بالذات (Briggs & Smith, 1986). ويعنـي ذلك أن هـنـاك احـتـمـالا كـبـيـرا أن يكون السـبب فيـمـا وصلت إليه نتائج الدراسـات السـابقة من وجود هـذين النمطين من الخجل، إنمـا يرجع إلى إسـهـام الدرجات على خـجل الشعور بالذات في اختيار وتصنيـف الأفـراد في أحـد هـذين الـنمطين. ومما يدعـم هذا الاحـتـمـال هو أن الشـعـور بـالذات عـادة مـا يكون ارتبـاطـه بتـقـدير الذات أقل من ارتبـاط الخـجل بتقـدير الذات (Bruch et al., 1995). وهـذا مـا يجب أن نـأخـذه فـي الاعـتـبـار عند تفسيرنا النتائج التي تشير الى أن تقدير الذات يميز بين الأشخاص الذين يعانون خجل الخوف وخجل الشعور بالذات.

خلاصة الفصل

كلمـة الخـجل كلمة شـائعة الاسـتخدام في حـديثـنا اليـومي، ولها كثيـر من المعـاني والاسـتـعمـالات التي تدور كلهـا حـول مـا يواجـهـه النـاس من صـعـوبات في المواقف الاجتماعية. وهـي تستخدم للإشارة إلى كل من خبرات الخجل العابر في موقف أو آخر، وإلى خـاصيـة ثابتة تميز الفرد في معظم المواقف

الاجتماعية. وعندما يصف الأفراد المشاركون في الدراسات النفسية خجلهم، فإننا نجد أن هناك قدرا كبيرا من الاتفاق والإجماع بينهم. وتصنيف جوانب الخجل إلى فئات ثلاث - معرفية وجسدية وسلوكية - يمكن أن يوضح هذا الاتفاق ويفسره. ذلك لأن الناس عندما يخبرون الخجل، فإنهم يشيرون إلى شعورهم الزائد بذاتهم، وإلى شعورهم بالقلق تجاه ما يعتقده الآخرون عنهم. كما أنهم يشعرون بالارتباك وعدم الراحة، وأحيانا تحمر وجوههم، ويظلون ساكتين هادئين، باقين في خلفية الموقف، متحاشين أن يكونوا محط أنظار وانتباه الآخرين، وربما يتجنبون الموقف برمته أو يهربون منه. وليس من الضروري أن يحدث كل ذلك للفرد حتى يعتقد أنه خجول. فالأفراد يختلفون فيما يعطونه من أهمية لكل مظهر من تلك المظاهر المتعددة للخجل. وبالطبع فإن ذلك التصور للخجل ليس دقيقا تماما، ولكن معظم المفاهيم النفسية التي يتداولها العامة في لغتهم اليومية تتسم بدرجة أو بأخرى من عدم التحديد الدقيق لمعناها ودلالاتها.

ويبدو أن هناك فروقا فردية في النزعة إلى الشعور بالخجل، وأننا نعبر عن ذلك في حديثنا اليومي العادي. وفي محاولتهم فهم الفروق الفردية وتفسيرها، سواء في الجانب العقلي أو في الشخصية، فإن كلاّ من الناس العاديين وعلماء النفس قد اعتمدوا في ذلك على مفهوم السمة. فالسمات تستخدم لوصف اتساق السلوك، ونزعة الفرد إلى إصدار السلوك نفسه عبر كثير من المواقف المتشابهة ذات الصلة، أو في الموقف نفسه عبر الزمن. وتستخدم كذلك لتفسير الانتظام والتميز في الأفكار والمشاعر والسلوك، ويتعامل معظم علماء النفس مع السمة باعتبارها خصائص داخلية مميزة للفرد.

والسؤال الذي طرح نفسه: إلى أي مدى يمكن اعتبار الخجل إحدى سمات الشخصية؟ تتوافر لدى علماء النفس أساليب وفنيات تمكنهم من تحديد سمات الشخصية وهوية كل سمة منها، ومن هذه الأساليب التحليل العاملي وطرق البحث الإمبريقي (الواقعي). وباستخدام تلك الأساليب تبين أن هناك ما يدل على وجود سمة محددة أسماها بعض

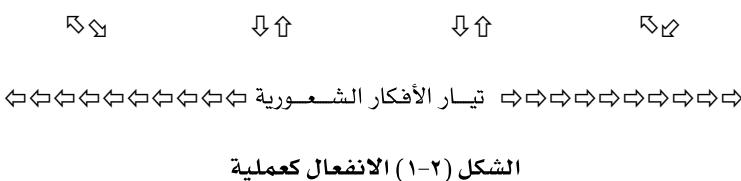
الباحثين «الخجل»، وأسماها البعض الآخر «القلق الاجتماعي». وهي تبدو مشابهة لما يقصده العامة في استخدامهم الشائع لكلمة الخجل. غير أن هذا الوضع كان محل نقد كثيرين، فبعض علماء النفس شككوا في قيمة مفهوم السمة وأهميته، رافضين فكرة أن هناك سمات حقيقية تحدد سلوك الفرد، ورافضين أيضا الاعتقاد بوجود سمة خاصة بالخجل ضمن سمات الشخصية الإنسانية. ويعتقد البعض الآخر أن استخدامنا كلمة شائعة في لغتنا اليومية كالخجل باعتبارها مصطلحا علميا فنيا، لن يؤدي إلا إلى الخلط والتشويش في فهمنا لها. وأكثر الانتقادات التي توجه في هذا الجانب هي أن جمهور الناس الذين نطلق عليهم كلمة خجولين هم جمهور غير متجانس وليسوا فئة واحدة. وبالتالي، فنحن نستخدم مصطلح الخجل لوصف قطاع عريض من الأفراد لا يشتركون جميعا في خصائص وصفات واحدة، ولا يجمعهم إلا القليل، وهو ما سوف يضلل الباحثين الذين يعتقدون أنهم يتحدثون ويبحثون الشيء نفسه، لكنهم في حقيقة الأمر يتحدثون عنه ويبحثون في أشياء مختلفة.

إن تلك الانتقادات تحذرنا من الاستخدام غير الدقيق وغير المحدد لمصطلح الخجل، وتنبهنا إلى أنه عند تفسير نتائج دراسة ما في موضوع الخجل، فعلينا أن نحدد أولا تعريف الخجل ومعناه في تلك الدراسة. ومع وضع كل ذلك في الاعتبار، فسوف نعرض في الفصل التالي - بقدر من التفصيل - الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية للخجل، وأثر الخجل في كثير من جوانب حياة الفرد الخجول.

2

تحليل الخجل

أولا: الخجل والانفعال

أوضحنا في الفصل الأول أن الخجل يتضمن ثلاثة مكونات أساسية: معرفية ووجدانية وسلوكية. وسوف نعرض في هذا الفصل لكل مكون من تلك المكونات، ولبعض الدراسات الخاصة به. ونبدأ أولا بإيضاح الكيفية التي تعمل بها تلك المكونات الثلاثة معا لتكوين خبرة الخجل. ونقطة البداية لذلك هي عرض لنموذج مبسط يوضح العمليات التي تحدث منذ أن يتلقى الفرد منبها معينا، إلى أن يصدر الاستجابة الملائمة له. وهذا النموذج يمثله الشكل (٢-١).

والواقع أن هذا الشكل إنما يمثل صورة مبسطة لعملية بالغة التعقيد، وهو لا يوضح عاملين أساسيين: الأول هو أن تتابع الأحداث ليس بهذا الجمود، بل يُكون نسقا منتظما بواسطة عملية تنفيذية Executive أو أكثر، ولها أساسها البيولوجي

«عادة ما يكون إدراك الخجولين لأنفسهم أسوأ من إدراك وتقييم الآخرين لهم، وهو ما يعني أنهم يميلون كثيرا إلى التقليل من شأن أنفسهم»

المؤلف

والفسيولوجي، يقوم بها الفرد بتوجيه سلوكه والتحكم فيه، تماما كما يفعل قائد الأوركسترا الذي يقود فريقا من الأفراد أمامه ليوجه ويحدد المنتج النهائي لهذا الفريق المتناغم. بل إن الخطوة الأولى في هذا التتابع (تلقي التنبيه)، إنما تتضمن بذاتها، وتقتضي إجراءات لتنظيم نشاطات أنساق أخرى متعددة مثل توزيع الانتباه واستحضار المعلومات من الذاكرة قصيرة المدى، واسترجاع المعلومات المناسبة للموقف الحالي من الذاكرة طويلة المدى، وذلك حتى يتمكن الفرد من التعرف على المنبهات الحالية الواردة إليه، عن طريق مضاهاتها بما هو مخزن في ذاكرته، وغير ذلك من العمليات والأنساق الأخرى. وتقوم العمليات التنفيذية بدور مهم في نظريات الانفعال، وإن كان ذلك ليس بالوضوح الكافي. فقد حدد «ليري وداونز» (1995) إحدى تلك العمليات التنفيذية التي أسمياها «قياس العلاقات الاجتماعية» Sociometer باعتبارها عملية يتحدد من خلالها مدى قبول شخص معين لدى الآخرين وأهميته بالنسبة إليهم، وهي عملية بالغة الحساسية لأي إشارات وتلميحات بأن الفرد محل رفض الآخرين أو تقديرهم المنخفض له، ومن ثم يُنَشط السلوك بحيث يمكنه إما أن يتجنب هذا الرفض أو التقدير المنخفض الذي يمثل تهديدا للفرد، أو يتوافق معه. فعندما تكشف تلك العملية التنفيذية عن تهديد محتمل للفرد، فإنها تثير لديه استجابة انفعالية معينة. وعلى الرغم من أن الأفراد عادة ما يفكرون في الانطباعات التي يكونونها لدى الآخرين تفكيرا شعوريّا، فإن تلك العملية التنفيذية (قياس العلاقات الاجتماعية بالآخرين) تعمل خارج نطاق الشعور.

المنبهات ⇦ التقييم ⇦ حشد وإدارة الإمكانات ⇦ اختيار الاستجابة الملائمة ⇦ تنفيذ الاستجابة

⇖⇘ ⇩⇧ ⇩⇧ ⇖⇗

⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨ تيــار الأفكار الشــعــورية ⇦⇦⇦⇦⇦⇦⇦⇦⇦⇦⇦⇦⇦

الشكل (٢-١) الانفعال كعملية

العامل الأساسي الثاني الذي لم يوضحه الشكل المبسط السابق هو العائد المتبادل، والتأثير والتأثر المتبادلان، القائمان دائما بين المراحل الخمس. وعلى سبيل المثال، فإن وعي الفرد بحدوث تغييرات جسمية لديه عند تعرضه لموقف معين مثل زيادة معدل ضربات القلب، سوف يكون له مردوده على مرحلة التقييم، لأن حدوث أعراض القلق هي بذاتها دليل على أن هناك شيئا ما أدى إلى هذا القلق. وبالتالي فإن الفرد سيعود – من جديد – إلى مرحلة التقييم للتعامل مع هذا الموقف الذي أثار القلق لديه. وكذلك فإن هذه العملية لتوجيه وإدارة الذات تتضمن عائدا متبادلا بين ما يصدره الفرد من سلوك، وتقييم الآخرين لآثار هذا السلوك.

وبالإضافة إلى تتابع المراحل الخمس الموجودة في أعلى الشكل (٢-١)، فهناك أيضا تيار الأفكار الشعورية الموجود أسفل الشكل، والذي يؤكد هذا النموذج أنه يوجد في أي لحظة من لحظات اليقظة، بحيث إنه يتزامن مع تلك المراحل الخمس. ويأخذ هذا التيار شكل الأفكار والصور البصرية. وكما سنرى في نهاية هذا الفصل، فإن هناك محاولات تمت بهدف دراسة مضمون تلك الأفكار في مواقف كل من القلق والخجل، ذلك لأن تلك الأفكار الشعورية تؤثر في العملية الانفعالية بأكثر من طريقة. فأولا يمكن أن تَكون تلك الأفكار هي نقطة البداية في حدوث عملية الانفعال، لأن مجرد تذكر الفرد لخبرة ما سابقة، أو توقعه لخبرة ما في المستقبل، يمكن أن يُكَون الانفعال الخاص بتلك الخبرة. ومن ثم، فإن الانفعال ينشأ هنا أويحدث بسبب التفكير في شيء ما أو موقف معين. وهو ما يعني أن المنبه الذي ندركه ونفكر فيه ويسبب حالة انفعالية معينة ربما يكون داخليّا (فكرة معينة)، وليس من الضروري أن يكون خارجيا.

وثانيا، فإن إدراك التهديد يستحوذ على انتباه الشخص، ومن ثم تصبح عملية التفكير لديه واقعة تحت سيطرة هذا الإدراك. أي تصطبغ عملية التفكير بصبغة الشيء أو الموقف الذي استأثر بانتباه

الفرد. وبالنسبة إلى القلق، فإن تلك العملية تسمى الانزعاج Worry، وهي تتسم بالاستمرارية وصعوبة التحكم فيها أو سيطرة الفرد عليها، بل تقتحم تفكيره، وتفسد منطقه واستدلاله، وتجعل من الصعب على هذا الشخص القلق أن يركز انتباهه على أي شيء آخر غيرها. أما بخصوص الخجل، فإن مضمون تفكير الفرد يصطبغ بصبغة القلق والانزعاج الخاصة بأدائه وسلوكه الاجتماعي غير الملائم، وانطباعات الآخرين غير الجيدة عنه، والخسائر والآثار السلبية التي سيتحملها نتيجة لهذا الانطباع السيئ الذي يكونه الآخرون عنه.

وثالثا، فإن التفكير يؤثر في كل من المكونات الجسمية والمكونات السلوكية، ذلك لأنه قادر على التداخل مع الانتباه الذي يجب أن نوليه للجوانب المختلفة لمهمة ما أو موقف معين. وقدم «أيزنك» (1992) تفسيرا لهذا التداخل، ضاربا المثل بأثر الانزعاج على كفاءة معالجة المعلومات عند الأداء على مهمة ما. ويعول هذا التفسير على نموذج الذاكرة العاملة Working memory التي تشكل نسقا تنفيذيّا مركزيّا، وظيفته - بالتعاون مع نسقين آخرين للذاكرة هما الذاكرة الحسية والذاكرة طويلة المدى - الاحتفاظ بالمعلومات في بؤرة الشعور، ومن ثم جعلها متاحة للمعالجة. وكما هو واضح من كلمة «العاملة»، فإن هذا التفسير هو محاولة لفهم الدور الذي تقوم به الذاكرة في معالجة المعلومات. ففي معظم الأنشطة، مثل تبادل الحديث مع طرف آخر أو التفكير في أمر ما، يجب أن تظل المعلومات أو التنبيهات موجودة في النسق المعرفي للفرد مدة كافية، لكي يتعامل معها معرفيّا، ويتمكن من ربطها إما بما سبقها أو بما هو مخزن في ذاكرته طويلة المدى، وهكذا على الدوام. والانزعاج يمكنه إما أن يستحوذ مسبقا على جزء من سعة هذه الذاكرة العاملة، الأمر الذي يقلل من كم المعلومات التي يمكن معالجتها في الموقف المعين، أو يجعل تلك المعالجة أكثر صعوبة، بحيث تستلزم من الفرد مزيدا من التعبئة والمجهود العقلي. بل وإذا تم ذلك، فإن تلك المعالجة ستكون أقل كفاءة، مقارنة بحالة عدم وجود الانزعاج.

وهناك أثر آخر للتفكير على السلوك يتضح من خلال الشعور بالذات Self consciousness. فأداء الفرد لأنشطة يجيدها وتدرب عليها – مثل المشي أو السباحة – يسوء ويضطرب ويصبح غير طبيعي إذا كان الفرد شديد الوعي بأنه محل ملاحظة الآخرين وهو يمارس هذا النشاط. ولعل «بالدوين Baldwin» من أوائل من لفتوا الأنظار إلى الآثار السلبية للشعور الشديد بالذات، إذ قال (1902):

«إن الشعور بوجود آخرين يراقبوننا يحطم كل العمليات العقلية. فلن نفكر كما نريد أن نفكر، ولن نستطيع أن ننفذ ما نصنعه من خطط، ولن نستطيع أن نتحكم في عضلاتنا بذات الدرجة من الكفاءة، ولا أن نركز انتباهنا ونوجهه كما نريد. ولن نستطيع أن نفعل أي شيء نحبه، إذا كان شعورنا بأن كل ما نفعله هو موضع مراقبة الآخرين، هو المسيطر علينا» (In: Harris, 1990, PP. 67-68).

فالفرد عندما يتحدث مع شخص آخر، فإنه يوزع انتباهه على عدد من الأشياء. فهو يستمع لما يقوله الطرف الآخر، ويلتقط ما يقوم به من إشارات غير لفظية. فهو يحاول هنا أن يضفي معنى على ما يحدث، ويفهم جيدا ما يقول وما يقال له، والهدف من الحديث. إنه يخطط لما يمكن أن يقوله، ومتى وكيف ينطق بما يريد، وكيف يعدل من كلامه ليتناسب مع مجريات الحديث، ويقدر أثر ما يقوله على الطرف الآخر...إلخ. والفرد وهو يقوم بكل ذلك لا يكون شاعرا تماما بذاته أو واضعا إياها تحت المراقبة الشديدة المباشرة، ولكن إذا كان هذا الفرد خجولا، فإن جزءا من انتباهه – في أثناء حديثه مع الآخر– يكون مركزا على ذاته، وهو مما يؤدي إلى انخفاض حجم الانتباه الذي يخصصه للجوانب الأخرى في موقف المحادثة، ومن ثم يحدث الاضطراب ونقص التركيز اللذان أشار إليهما «بالدوين» Baldwin. إن للانتباه سعة محددة، وإذا خصصنا منها الكثير لمجرد الشعور الشديد بالذات ومراقبتها في الموقف المعين، فلن يتبقى ما يمكننا من حسن التفكير والتصرف في هذا الموقف.

وتوجد علاقة قوية بين التفكير والوجدان. ومع ذلك، فليس من الصواب معرفة دور الجانب المعرفي في الخجل عن طريق التفكير الشعوري فقط، ذلك لأن الكثير من النشاط المعرفي هو نشاط لا شعوري، وهو ما ثبت من سلسلة التجارب التي أجراها «زاغونس» (Zagonc, 1980)، حيث افترض أن الاستجابة الانفعالية تكون سريعة متدفقة، وتسبق أي معالجة معرفية مدروسة ومتقنة. إنها تحدث، ثم يحاول الفرد بعد ذلك تفسيرها، وإضفاء منطق عليها، وقد استطاع زاغونس تأكيد افتراضه هذا بأدلة تجريبية. ففي إحدى دراساته تم عرض عدد من المنبهات عرضا سريعا، إذ كان زمن عرض كل منبه منها مجرد جزء من الثانية، وكان المطلوب من كل فرد من أفراد العينة أن يحدد ما إذا كان يحب المنبه الذي تم عرضه عليه أم لا، وما إذا كان قد استطاع التعرف عليه أم لا. وتبين أن الأفراد يحبون الأشياء التي كثيرا ما صادفتهم من قبل وتعاملوا معها وألفوها، بصرف النظر عما إذا كانوا قادرين على التعرف عليها أم لا. ومعنى ذلك أن الكثير من استجاباتنا الانفعالية، تنشأ قبل أن يصبح الفرد واعيا تماما بالمواقف التي أحدثتها. فالفرد عندما يشعر بالتهديد، فإن هذا يعني أن هناك ما يسمى معالجة "قبل الانتباه" Pre-attentive لمعلومات ذات صلة بهذا التهديد.

وسوف نعرض لكل مرحلة من المراحل الخمس في النموذج المقدم في الشكل السابق (٢-١)، مع الإشارة إلى الفروق الفردية ين الأفراد في كل مرحلة من تلك المراحل:

- توجد فروق فردية في طبيعة المواقف المثيرة للقلق، فبعض الأفراد يقلقون من العناكب، والبعض الآخر يقلق من الأماكن المرتفعة. أما بخصوص المخاوف الاجتماعية، فمجالها واسع، وتسببها مواقف كثيرة ومتنوعة. ومع ذلك فهناك اتفاق بين الخجولين والأقل خجلا على طبيعة المواقف المثيرة للخجل. وهو ما يعني أن الفروق الفردية تكون أكثر وضوحا وإشعاعا في المراحل الأربع التالية، منها في هذه المرحلة.
- يوجد العديد من الأدلة على تباين الأفراد في تقييمهم للمواقف المختلفة. فالأفراد الذين يعانون القلق الاجتماعي أكثر حساسية وإدراكا

للتهديد، ويدركون أنفسهم على أنهم يفتقدون المهارات الضرورية لتحقيق ما يريدون في المواقف الاجتماعية. إن الأفراد لديهم مخططات معرفية Schemas لطبيعة ما يواجهونه من مواقف، وتؤثر تلك المخططات على المراحل التالية من عملية الانفعال.

● هناك فروق فردية في النزعة إلى الاستجابة الانفعالية في مختلف المواقف. وعلى سبيل المثال، لدى البعض «نسق ردود أفعال استثارية» أكبر مما لدى البعض الآخر. وفي هذا الفصل سنعرض للفروق الفردية في اثنين من مؤشرات الاستجابة الانفعالية وهما: معدل ضربات القلب ونشاط نصفي المخ.

● تشير نتائج الدراسات إلى أن الأشخاص القلقين اجتماعيا لديهم أساليب خاصة لمواجهة المواقف الاجتماعية، هي بمنزلة استراتيجيات يعتمدون عليها، إما في تجنب أو تحاشي تلك المواقف وما تمثله لهم من تهديد، أو في الهروب منها. وتبدو تلك الاستراتيجيات ناجحة في المدى القصير، ولكنها سيئة للغاية في المدى الطويل، وذلك لأنها تحرم الفرد مما يمكن أن يحصل عليه من دعم وتشجيع من يتعامل معهم، وتحرمه كذلك من فرص اكتساب الخبرات والتصرف بأساليب أكثر فاعلية، بالإضافة إلى أنها تدعم لدى الفرد الخجول انطباعه السلبي عن نفسه، وتساعد على استمراره وترسيخه.

● هناك فروق سلوكية بين الخجولين والأقل خجلا، وتتضح تلك الفروق في الصمت أو قلة الكلام. ومع ذلك فإن الميل إلى الهدوء والسكون ربما يكون نتيجة لأسباب أخرى غير عوامل الشخصية. والأكثر من ذلك أن الخجولين ليسوا صامتين ومتحفظين دائما، بل من الممكن أن يتجلى خجلهم ويكشف عن نفسه من خلال التفوه بكلام كثير غير جدي وغير مفهوم.

وسوف نعرض الآن لكل مرحلة من تلك المراحل الخمس بقدر من التفصيل، مع التركيز بشكل خاص على إسهام كل منها في فهمنا للمكونات الثلاثة للخجل.

مراحل عملية الانفعال

المنبهات

عندما يستثار القلق بواسطة موقف خارجي، فإن الفرد يمكنه بيان وتقرير ذلك. وتساعد تلك التقارير الباحثين على تحديد أنواع المواقف التي تثير القلق الاجتماعي، وتساعد كذلك علماء النفس على وضع البرامج المناسبة لمساعدة الأفراد على مواجهة هذا القلق والتغلب عليه. ومع ذلك - وكما أشرنا سابقا - فإن الشعور بالقلق أو بأي انفعال آخر، لا يشترط أن يكون بسبب موقف خارجي، بل ربما ينبع من الذاكرة أو التخيل. ومن الممكن أن تكون هناك فروق في طبيعة استجاباتنا الانفعالية حينما تكون نتيجة لموقف خارجي، عنها عندما تكون داخلية المنشأ. وعلى سبيل المثال، هناك من يرى ضرورة التمييز بين الخوف والقلق، باعتبار الخوف هو استجابة لموقف حقيقي واقعي، في حين أن القلق هو استجابة لموقف منتظر أو متوقع أو موقف متخيل. وكذلك ففي القلق يكون من الصعب على الفرد - إلى حد كبير - تحديد مصدره أو سببه، فالشخص يشعر بالتوتر والعصبية قبل أن يذهب إلى موقف اجتماعي معين، من دون أن يعرف على وجه التحديد سبب هذا الشعور. والكثير من القلقين عادة ما يفكرون مسبقا فيما يسفر عنه أي موقف يمرون به، مركزين دائما على الاحتمالات والنتائج السلبية التي من الممكن أن تحدث. فهم يقدرون دائما ويتوقعون أسوأ الاحتمالات الممكنة، ولا يفكرون إلا في أسوأ «سيناريو» محتمل للموقف المعين. ويكون مضمون تفكيرهم منصبّا عادة على التقليل من شأن أنفسهم، والانتقاص من إمكاناتهم ومهاراتهم وقدراتهم، ولومهم الشديد لأنفسهم. وعلى الرغم من أن كل هذه الانفعالات والأفكار السلبية التي تنشأ داخلهم لم تحدث بسبب منبه أو موقف خارجي، فإنهم يشعرون بأنها حقيقية، ولها ما يبررها في الواقع الفعلي، وأنها تمثل بالفعل مصدرا حقيقيّا للكرب والضيق. أما بخصوص الخجل، فإن مظاهر خوف الخجول تتبدى في خوفه من نظرة الآخرين له باعتباره تافها،

ومفتقدا للاعتبار وغير جدير بالاحترام ومهزوزا مرتبكا، ويسيطر عليه الشعور بالخزي والذل. إن الخجولين يسعون دائما إلى عدم الظهور، وتجنب لقاء الآخرين، وذلك بتبنيهم استراتيجيات معينة لحماية الذات أو ما يسمى بسلوكيات الأمان.

التقييم

إن التقييم الموضوعي الصحيح لأي موقف، ولما يتضمنه من تهديد على وجه الخصوص، عملية بالغة الأهمية للفرد، لأنه سوف يدرك على أساسها هذا الموقف ويوجه سلوكه فيه بما يتماشى مع هذا التقييم، وما أدركه فيه من إشارات تمثل خطورة أو تهديدا له. وعملية التقييم هذه لا يمكن أن تتم بشكل موضوعي تماما، بل هي عرضة دائما للتحيز، لأسباب إدراكية وشخصية، إذ يمكن لفرد ما أن يدرك موقفا معينا على أنه يتضمن تهديدا وخطرا وشيكا عليه، وهو ما لا يراه شخص آخر. ففي عملية التقييم هذه، يدرك الشخص القلق الموقف المعين بطريقة تخفض من سقف عتبة إدراكه للتهديدات في هذا الموقف، ومن ثم يدرك الكثير من «الإنذارات الخاطئة» على أنها تهديدات حقيقية في هذا الموقف، على الرغم من أنه لا توجد أي تهديدات في حقيقة الأمر. ومع ذلك، فأن يكون الشخص قلقا (مدركا لتهديدات من دون أسباب موضوعية وواقعية لذلك)، خير من الفشل في إدراك خطر حقيقي، لأن الفشل في إدراك خطر أو تهديد واقعي حقيقي يكون ثمنه غاليا، ربما يكون حياة الفرد ذاتها.

وهناك أدلة إمبريقية تشير إلى حدوث هذا التحيز لدى الأفراد المرتفعين في القلق. فهم يميلون إلى إدراك وتفسير المعلومات والمواقف المبهمة والغامضة باعتبارها مهددة لهم. فعندما طلب إليهم أن يكتبوا ما يتذكرونه من أزواج الكلمات التي تمت قراءتها عليهم بصوت مسموع (كان كل زوج من الكلمات يتضمن كلمتين متماثلتين في النطق،

إحداهما كلمة تثير القلق والخوف والتهديد، والأخرى محايدة)، تبين أنهم يتذكرون ويكتبون الكلمات الأكثر إثارة للخوف والتهديد والقلق أكثر من تذكرهم وكتابتهم للكلمات المحايدة، مثلا: كتبوا كلمة «Die» (يموت) أكثر من كلمة «Dye» (يصبغ)، وكلمة «Pain» (ألم) أكثر من كلمة «Pane» (لوح الزجاج) (Eysenck, 1992).

وفي دراسات كثيرة أخرى كان يُقدَّم للأفراد مجموعة من الكلمات بعضها عادية أومحايدة، وبعضها الآخر يحمل معنى التهديد والخوف والقلق، وكانت كل كلمة مكتوبة بلون معين، وطلب من كل فرد أن يذكر اسم اللون الذي كتبت به الكلمة بأسرع ما يمكنه، من دون الالتفات إلى معنى الكلمة وما تشير إليه وتوحي به. وعلى سبيل المثال، فالأشخاص الذين يعانون الخوف المرضي من تناولهم الطعام في أماكن عامة وأمام الآخرين، قُدِّمت لهم مجموعة كلمات، كل كلمة كُتبت بلون مختلف، كانت إحداها كلمة «قائمة الطعام» «Menu». وتبين أن الأفراد يستغرقون وقتا أطول لتسمية اللون الذي كتبت به هذه الكلمة، مقارنة بالوقت الذي يستخدمونه في تسمية اللون الذي كتبت به كلمات أخرى محايدة أو غير مهددة، أي لا صلة لها بموقف تناول الطعام في مكان عام. وهو ما يعني أن الأفراد يستغرقون وقتا أطول في تسمية اللون الذي كتبت به الكلمات، حينما تكون تلك الكلمات ذات صلة بما يقلقهم أويخافون منه. وتبين أيضا أن الأفراد الذين يعانون الخوف الاجتماعي المرضي كانوا أبطأ في تسمية الألوان التي كتبت بها كلمات ذات صلة بالتهديد الاجتماعي على وجه الخصوص، إذ لم يكن هذا شأنهم بخصوص الكلمات التي تشير إلى تهديدات أو مخاطر فيزيقية أو مادية (McLeod, 1996).

وهناك شكل آخر لهذا التحيز، وهو أن يكون التقييم لموقف ما غير متناسب مع الخطر المحتمل في هذا الموقف، حيث يعكس تقييم الفرد للموقف تضخيما ومبالغة كبيرة فيما ينطوي عليه هذا الموقف من خطر أو تهديد. وتشير الدراسات الخاصة بأنساق معتقدات الأفراد مرتفعي

القلق، أنهم يكشفون عن درجة عالية من الاستغراق والانشغال الشديد بما يمكن أن يترتب على فشلهم من آثار ومترتبات سلبية، متوقعين دائما أسوأ النتائج، ويفكرون فيها وكأنهم بصدد كارثة شديدة.

حشد وإدارة الإمكانات

من الضروري أن نعتبر ردود الفعل الجسمية بمنزلة استعدادات لما سوف يفعله الفرد لكي يتوافق مع الموقف الانفعالي المعين، ذلك لأن للانفعالات وظائفها التوافقية. ولأن الخجل والقلق من الحالات غير السارة، فإن أيا منهما يؤدي إلى أن يفكر الفرد في انفعالاته على أنها خبرات هدامة وسيئة وغير مرغوب فيها. والواقع أن ذلك يرجع إلى الاستجابة غير الملائمة للشعور بالتهديد، أكثر من كونه يرجع إلى عمليات القلق في حد ذاتها. وعادة ما يُناقش المكون الجسمي للخجل باعتباره ذا صلة بالقلق. وقد شهدت السنوات القليلة الماضية اهتماما كبيرا بدراسة العمليات الفسيولوجية المتضمنة في القلق. وتم الكشف عن الدور الذي يقوم به الجهاز العصبي المستقل (السمبثاوي والباراسمبثاوي) بخصوص الخوف والقلق، منذ سلسلة الدراسات المبكرة التي أجراها عالم الفسيولوجيا الأمريكي «والتر كانون» Walter Cannon، والتي نشرت عام ١٩١٩ في كتابه «التغييرات الجسمية في حالات الألم والجوع والخوف والغيظ».

وينقسم الجهاز العصبي المستقل إلى جزأين: السمبثاوي والباراسمبثاوي، وهما يعملان معا وبشكل منتظم للحفاظ على البيئة الداخلية للجسم، حيث يعملان في اتجاهين متضادين، فنجد أن تنبيه أو استثارة الجزء السمبثاوي يؤدي إلى زيادة معدل دقات القلب، بينما تنبيه أواستثارة الجزء الباراسمبثاوي يؤدي إلى خفضها. وبشكل عام، فإن تنشيط الجهاز السمبثاوي يهيئ الجسم للفعل وللحركة، وبخاصة عندما يكون ذلك ردّا على موقف مفاجئ وطارئ، حيث يزداد معدل نشاط القلب، وهو ما يؤدي إلى زيادة تدفق الدم إلى عضلات الجسم المختلفة. وكذلك

ترتفع درجة حرارة الجسم، وتنشط الغدد العرقية، وينسحب الدم من سطح الجلد (وهو ما يؤدي إلى الشحوب)، ومن الأعضاء الداخلية كالمعدة والأمعاء، مسببا الإحساس باضطراب في المعدة (*).

وتبين أن تلك التغيرات توجد لدى الشخص الخجول. فالعرق وشحوب الجلد والتغييرات العضلية مثل الارتعاش أو الحركات العصبية لليد والتلعثم، كلها مظاهر يتفق الملاحظون على وجودها لدى الخجولين. وهكذا فإن التقارير الذاتية للخجولين عن أنفسهم، وتقديرات الملاحظين لهم تؤكد وجود مظاهر القلق. فقد قرر المبحوثون في دراسة «ستانفورد»، السابقة الإشارة إليها، أن الخجل لديهم يحدث مصاحبا لزيادة في معدل النبض، واحمرار الوجه والعرق واضطرابات في المعدة. وهناك أيضا أدلة إمبريقية على ذلك. وبعد إجراء كل منهم لمحادثة مع شخص غريب، قرر عدد من الخجولين أنهم شعروا في أثناء المقابلة بالكثير من التوتر والقلق والكف السلوكي، وكان هذا أعلى جوهريّا مما قرره عدد مقابل من غير الخجولين، تحدث كل منهم مع آخر غريب (Cheek & Buss, 1981). وقرر الملاحظون لسلوك أفراد عينة الخجولين أنهم بدوا أكثر توترا وكفّا سلوكيا، وكانوا غير ودودين في أثناء حديثهم مع الغرباء.

وتبين كذلك وجود تلك العلاقة بين الخجل والقلق لدى الأطفال، سواء تم تقدير درجاتهم في كل من الخجل والقلق بواسطة آبائهم أو بواسطة مدرسيهم. فقد أكدت أمهات مجموعة من الأطفال الخجولين أن أبناءهن لديهم مخاوف ومظاهر قلق أكثر، وذلك مقارنة بتقديرات أمهات الأطفال الأقل خجلا لأبنائهن (Kagan et al., 1984; Stevenson-Hinde & Galover,1996). وكذلك كان تقدير قادة

(*) الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي Autonomic nervous system: هو القسم من الجهاز العصبي الطرفي المتحكم في وظائف كل أعضاء الجسم الداخلية (الوظائف الحشوية Visceral). وتبنى فكرة عمله على «رد الفعل»؛ بحيث يحدث التكامل بين المثيرات التي يتعرض لها والاستجابات الصادرة عنه عبر وصلاته بالجهاز العصبي المركزي، وبذلك تُنظم وظائف القلب والغدد المفرزة والعضلات اللاإرادية بجدران الأعضاء الداخلية (كالمعدة والأمعاء) بالتنشيط أو التثبيط من خلال التكامل والتنسيق الوظيفي بين شقيه السمبثاوي والباراسمبثاوي [المترجم].

مـجـمـوعـات اللعب للأطفـال الخـجـولين أنهم يميلون إلى العـزلة والانسحاب الاجتماعي بشكل ملحوظ، مع عدم رغبتهم في الكلام مع الآخرين، ومن السهل جرح مشاعرهم، مع ميلهم إلى البكاء المستمر والخوف الشديد (Stevenson- Hinde & Glover, 1996).

ومن المؤكد، أن أي شخص يمكن أن يقاسي خبرة القلق من دون أن يكون واعيا بأي من تلك الأعراض، أو لا يوجد لديه منها إلا القليل، أو توجد كلها لديه من دون أن يفسرها أو يعتبرها قلقا. وبالمثل، فإن الملاحظ الخارجي ربما لا يلاحظ تلك الأعراض، أو ربما يلاحظها ولكنه يسميها مسمى غير صحيح. ومن هنا تأتي أهمية المقاييس الفسيولوجية لمعدل دقات القلب وضغط الدم والتنفس ودرجة حرارة الكفين ونشاط الغدد العرقية، والتي تتيح لنا مصدرا آخر أكثر موضوعية لدراسة القلق والخجل، وما يصاحبهما من تغييرات في سلوك الفرد ووظائفه الفسيولوجية والنفسية.

وتهدف الدراسات الحديثة إلى تحديد الأساس العصبي - التشريحي للانفعالات. وفيها تم التركيز على دراسة المنطقة الطرفيةLimbic area بالمخ الأوسط، والتي تشمل المهاد Thalamus واللوزة Amygdala والمهاد التحتاني Hypothalamus، وحصان البحر Hippocampus، والأجزاء العصبية الرابطة بينها وبين القشرة المخية وجذع المخ. واللوزة (عقدة عصبية تقع في الجدار الأوسط للفص الصدغي بالمخ) كانت موضع اهتمام دراسات الخوف والقلق بصفة خاصة. وتبين أن تنبيهها أو استثارتها يؤدي إلى الشعور بالخوف، في حين أن الفرد لا يظهر أي استجابات أو مظاهر معبرة عن الخوف إذا كانت اللوزة تالفة أومصابة بأذى (LeDoux, 1998, PP.172-173) وتبين كذلك أن قدرة الفرد على التعرف على تعبيرات الوجه الدالة على انفعال الخوف على وجه الخصوص، تضعف كثيرا أو تقل إذا كانت منطقة اللوزة في مخه تعاني إصابة أو تلفا ما، في الوقت الذي تظل قدرته على التعرف على تعبيرات الوجه المعبرة عن الانفعالات الأخرى كما هي من دون أي اضطراب (Davidson & Irwin, 1999).

وتبين كذلك من نتائج الدراسات أن تقييم الفرد أو تخمينه بوجود تهديد ما، يمكن أن يؤدي مباشرة إلى تغييرات جسمية، من دون أي معالجة معرفية لهذا التخمين. ويؤدي «المهاد» على وجه التحديد دورا مركزيّا في هذه العملية، فهو الذي يستقبل المعلومات الخاصة بأي منبه أو مثير انفعالي قبل وصولها إلى القشرة المخية، ويرسل رسائله عن هذا المثير مباشرة إلى «اللوزة» Amygdala التي تحدد رد الفعل الانفعالي على هذا المثير. ولأن تلك المعلومات لا تمر على القشرة المخية، إلا بشكل جزئي، فإنها لا تخضع إلا لمجرد تمثيل تقريبي، أي لا تعالج معرفيّا بشكل كامل، ولأن هذه العملية كلها تحدث بسرعة فائقة، فإنها تسبب استجابة سريعة من الفرد، يصدرها قبل أن يصبح على وعي كامل بالخطر والتهديد اللذين يتعرض لهما.

كما ساهمت دراسة نشاط القشرة المخية في زيادة فهمنا للانفعال، حيث أمدنا قياس النشاط الكهربائي لقشرة المخ، بجهاز رسام المخ الكهربي، بالكثير من المعلومات عن الأساس العصبي للانفعالات، تبين منها وجود فروق بين نصفي القشرة المخية في تنظيم الانفعال، وأن الأشخاص القلقين يظهرون نشاطا كهربيّا عاليا في الفص الجبهي للنصف الأيمن من قشرة المخ (Davidson et al., 1990).

وهناك أساليب أكثر حداثة تستخدم في دراسة المخ البشري ونشاطه مثل «أشعة البوزترون» (PET) والرنين المغناطيسي الوظيفي (fMRI)وأدت تلك الأساليب إلى زيادة معرفتنا بالأساس البنائي العصبي للانفعال لدى الأسوياء من البشر، ممن لم يتعرض المخ لديهم لأي إصابات. وكذلك يستخدم الباحثون الآن قياس «التمثيل الغذائي للغلوكوز» Glucose Metabolism أو تدفق الدم في الدماغ لمعرفة أي أجزاء المخ هي التي تنشط في أثناء قيام الفرد بمهمة محددة، كالنظر لصور غير سارة أو تخيل مواقف مرعبة مثلا. ولقد أمدتنا تلك الوسائل بمزيد من الأدلة عن الدور المهم الذي يؤديه كل من الفص فوق الجبهي، واللوزة في الانفعال. وعلى سبيل المثال، فقد استخدم

«بريمبـومـر» Birmbaumer وزمـلاؤه العـام ١٩٩٨ (In: Davidson & Irwin, 1999) أسلوب الرنين المغناطيسي، ووجدوا علاقة قوية بين اللوزة والمخاوف المرضية الاجتماعية، إذ ازداد نشاط تلك المنطقة لدى مجموعة من مرضى الرهاب الاجتماعي في أثناء نظرهم إلى مجموعة من الصور تعكس تعبيرات لوجوه بشرية.

وباختصار، فإن الانفعالات، وبخاصة الخوف، هي نتاج لنسق معقد من التفاعلات. وهذا التعقيد في النسق والتفاعلات بين مكوناته، يعني أن قياس أي انفعال ليس عملية سهلة ومباشرة ودقيقة، ولا يمكن الاعتماد على أسلوب واحد في ذلك. ولهذا تعددت أساليب تحديد وقياس الانفعالات، وكلها تمدنا باستبصارات عن المشاعر الذاتية للفرد، والتعبيرات الجسدية والسلوكيات التي ترتبط بالخوف والقلق. ومع ذلك فلا توجد دائما ارتباطات قوية متبادلة بين تلك المقاييس المتعددة، وأن مختلف مواقف القلق أو مختلف الأفراد القلقين ربما يكشفون عن أشكال مختلفة من ردود الأفعال الفسيولوجية (Kagan, 1994, P.152) وبشكل عام، نؤكد أن مسألة ثبات نتائج المقاييس الفسيولوجية يجب أن تؤخذ جيدا في الاعتبار، ونحن نفسر أي نتائج خاصة بالانفعالات.

اختيار الاستجابة

الاستجابة الطبيعية المعتادة للخوف هي الهروب والمقاومة. فالكائن إما أن يهرب من التهديد أو يدافع عن نفسه ضد الهجوم. غير أن الخوف والقلق من المواقف الاجتماعية يتطلب من الفرد استجابة أكثر تعقيدا من ذلك. فتجنب المواقف والهروب منها، أحيانا ما يكون اختياريّا، ولكن هناك عادة ضغوطا مختلفة تمارس تأثيرها على الفرد ليشارك في المواقف الاجتماعية. بعض تلك الضغوط ينشأ نتيجة لمتطلبات العمل والأسرة والتعامل مع الجيران والأقارب وخلال التسوق والتعامل مع المكاتب والمصالح الحكومية. والبعض الآخر ينشأ داخل الذات، أي داخل الفرد

نفسه. وهو ما يحدث لدى الخجولين، حيث يشعرون بوجود صراع بين رغبتهم في الانخراط الاجتماعي والتعامل مع الآخرين من جهة، وضعف ثقتهم بأنفسهم، وعدم قدرتهم على ذلك من جهة أخرى. ولذلك فهم يجدون صعوبة في اختيار السلوك الذي يجب أن يفعلوه في الموقف المعين، فهم لا يعرفون ماذا يجب أن يقولوا، وكأن الكلمات ضاعت منهم. إن الارتباك هو أن يواجه الفرد صعوبة في المواقف الاجتماعية وفي أثناء تفاعله مع الآخرين، حينما يجد أنه من الصعب عليه أن يعرف ماذا يجب أن يقول أو يفعل ليستمر تفاعله مع الآخر بشكل ملائم.

تنفيذ الفعل

أوضحت نتائج بحث «ستانفورد» أن الخجولين صامتون، ويتجنبون التواصل بالعين مع من يتحدثون معه، ويحرصون على أن يظلوا في الهامش، أو في خلفية الموقف والمناسبات الاجتماعية. وكذلك فإنهم ينفرون من التعبير عن آرائهم، ويتجنبون المشاركة في الحوارات والمناقشات المختلفة، وعندما يتحدثون يكون ذلك بصوت منخفض. والواقع أن لتلك الخصائص السلوكية عددا من المبررات. فالخجولون غير مهرة في سلوكهم، ويعانون من تداخل الأفكار، والشعور الشديد بالذات. وهو ما يجعل من الصعب على الفرد الخجول أن يحدد ما يجب أن يقوله، وأن ينطقه فعلا في سياق معين. وكذلك فالخجولون يضعون لأدائهم معايير غير واقعية، يفكرون كثيرا فيما يريدون أن يقولوه، ثم يرفضونه قبل أن ينطقوا به. ويتوجسون خيفة من أن ما سوف يقولونه أو يفعلونه يؤدي بهم إلى الارتباك، وسخرية الآخرين، ورفضهم لهم. ويخافون من أن ما سوف يقولونه أو يفعلونه يقودهم إلى مزيد من التفاعل الاجتماعي الذي لا يتمكنون من القيام به وتحمل تبعاته.

وناقش «هيل» (Hill, 1989) ثلاثة تفسيرات لسلوك الخجولين: الأول هو أن هذا السلوك يرجع إلى نقص معرفة الخجولين بالسلوك الملائم لمقتضيات موقف معين. والثاني هو أنهم يعرفون السلوك الملائم،

لكنهم لا يرغبون القيام به. أما التفسير الثالث فهو أنهم يفتقرون إلى الثقة في قدرتهم على إصدار هذا السلوك. وتم فحص تلك التفسيرات الثلاثة باستخدام أسلوب مقاييس التقرير الذاتي على عينتين إحداهما من الخجولين والأخرى من غير الخجولين. وتبين أن هناك فروقا بين العينتين في تلك التفسيرات الثلاثة، وهو ما يعني أنها جميعا تقف كأسباب وراء سلوك الخجولين. غير أنه تبين أن أوضح الفروق كانت تلك الخاصة بالتفسير الثالث، وهو ما يعني أن افتقار الخجولين إلى الثقة في قدرتهم الاجتماعية هو أهم أسباب ما يبدونه من خجل، مع التسليم بأهمية التفسيرين الآخرين وضرورة وضعهما في الاعتبار.

ويتبنى الخجولون استراتيجيات متنوعة للتوافق مع ما يواجهونه من صعوبات اجتماعية تتمثل في البقاء في الخلفية، والتزام الصمت، وتقديم إجابات مختصرة عما يوجه إليهم من أسئلة، بحيث تقطع تلك الإجابات حبال استمرار الحديث، ولا تشجع الطرف الآخر على مواصلة الحوار، وتحاشي توكيد الذات والتعبير عن الآراء التي ربما تتعارض مع آراء الطرف الآخر في الحوار، أو تلك التي تؤدي إلى استمرار الحديث بينهما. ويقدم «بروس» (Bruce, 1997) عرضا ظريفا لمعنى «التهذيب» Niceness، معرفا الفرد المهذب بأنه ذلك الشخص اللطيف Courteous، الذي يراعي رغبات الآخرين ويحترمها، وغير المؤكد لذاته، والذي لا يميل إلى المواجهات. وعلى الرغم من أن تلك الصفات ربما تجعل صاحبها قادرا على التفاعل الاجتماعي بشكل سلس وخالٍ من الصراعات، فإنه سوف يدفع ثمنا غاليا لذلك، متمثلا في الكثير من الخسائر التي تتمثل في أن مثل هذا الشخص لن يمتلك إلا مدى ضيقا جدّا من السلوك والممارسات، وهو ما يعوق ارتقاء مهاراته الاجتماعية التي تعتبر أحد متطلبات الأداء الاجتماعي الفعال والكفء للفرد. إن التهذيب - بهذا المعنى - ما هو إلا شكل من «الاختباء»، لن يؤدي بصاحبه إلا إلى تجاهل الآخرين له وابتعادهم عنه، أو - في أحسن الأحوال - الارتياب في أمره والشك فيه، متسائلين

بينهم وبين أنفسهم عن حقيقة هذا الشخص؟ يبدو أنه من الصعب أن تكون مهذبا - بهذا المعنى الذي قدمه بروس - وفي الوقت ذاته صريحا واضحا. فالمدرس - على سبيل المثال - لن يكون موضع استحسان تلاميذه، وهو يخبرهم بأن أداءهم لواجب مدرسي معين ليس مُرضيا، وصاحب العمل الذي لا يواجه العاملين لديه بتقصيرهم، يخلق لديهم انطباعا زائفا بكفاءتهم، ويجعل مواجهتهم بأخطائهم وتقصيرهم في المستقبل مسألة صعبة. فالتهذيب - بهذا المعنى - يمنعك من أن تكون قائدا ويحول بينك وبين الدفاع عن حقوقك وحقوق من هم حولك، كما يمنعك من أن تكون مضحكا أو حميما مع الآخرين.

تمت دراسة استراتيجيات حماية الذات لدى مرضى الرهاب الاجتماعي. واقترح «ويلز وزملاؤه» (Wells et al., 1995) مفهوم «سلوكيات الأمان» Safety Behaviors، وهي تلك التي يتبناها الفرد ليقلل من خطورة أن يكون موضع التقييم السلبي من الآخرين. ومن أمثلة تلك السلوكيات تحاشي المواقف الاجتماعية، وتقليل التواصل بالعين، والتسميع الذاتي غير الجهري، وتحاشي تناول الطعام والشراب في الأماكن العامة، والحرص الشديد والقبض بإحكام على أدوات المائدة والأكواب، لخفض احتمال حدوث أي خطأ يجعل الآخرين يعتقدون أن الشخص الذي فعل ذلك أرعن ويسبب المشاكل، ولا يعرف كيف يأكل أو يشرب في الأماكن العامة. وتستمر تلك السلوكيات مع الفرد إلى أن تصبح عادات متأصلة لديه. وعلى الرغم من أن تلك السلوكيات ربما تخلق لدى الفرد إحساسا بالأمان، فإن خسائرها كثيرة. فتجنب المواقف الاجتماعية يقلل من فرص تقوية وتدعيم الثقة بالذات، نتيجة ما يمكن أن يحققه الفرد من نجاحات في تلك المواقف، كما أنه يقلل من فرص تعلم واكتساب وممارسة استراتيجيات أقل دفاعية وأكثر نضجا وفاعلية.

وتوصل «بولهوس ومورغان» (Paulhus & Morgan, 1997) إلى أن الأفراد الخجولين الذين شاركوا في إحدى المناقشات الجماعية، تم تقديرهم بواسطة مجموعة أخرى من غير الخجولين المشاركين في تلك

المناقشة بأنهم أقل ذكاء. وأرجع المقدرون تقديرهم لهؤلاء الأفراد بأنهم أقل ذكاء إلى سببين أساسيين: الأول هو ميلهم إلى الصمت والسكون في أثناء المناقشة، والثاني هو أن ما يقولونه ويسهمون به في تلك المناقشة، لم يكن كلاما جيدا ومفيدا. وعندما تم ضبط متغير «كم الكلام» في أثناء المناقشة، أي استبعاد أثره إحصائيّا، اختفى الارتباط الجوهري بين درجة خجل الفرد وتقدير الآخرين لمستوى ذكائه. ومن المهم أن نشير هنا إلى أنه لا يوجد بشكل عام ما يدل على وجود ارتباط بين الخجل ومستوى ذكاء الفرد مقيسا بأحد الاختبارات الموضوعية للذكاء، التي يتم فيها تقدير ذكاء الفرد كميّا. وبصرف النظر عما إذا كان الصمت هو استجابة متجمدة لتهديد مدرك، أو نتيجة لعملية تداخل وتشوش معرفي، أو نتيجة لاستراتيجية مواجهة يستخدمها الفرد، فإنه في كل الحالات يخلق لدى الآخرين انطباعا يؤثر في أسلوب تعاملهم مستقبلا مع هذا الشخص الصامت.

إن اعتماد الفرد على سلوكيات الأمان هذه تجعل الآخرين يكوِّنون صورة ذهنية له ولشخصيته، مضمونها أنه غير ناجح، وغير مرغوب فيه. فالطالب الذي يتحاشى الحديث في الفصل الدراسي يخلق لنفسه سياقا تعليميّا فقيرا لا يستطيع تطوير نفسه في إطاره. والشخص الذي يفشل في المبادأة في التعرف على الآخرين وكسب صداقتهم، أو يصد الآخرين ويعوقهم عن التواصل معه، سوف ينتهي به الأمر إلى الوحدة وافتقاره إلى الأصدقاء. وفي المجال الوظيفي، فإن تبني الفرد لتلك السلوكيات، سوف يعوق نجاحه في مقابلات العمل، ويضعف كثيرا من فرصه في الترقي، بل لن يصبح قادرا على لفت أنظار رؤسائه إليه، وهو ما سيترتب عليه الكثير من النتائج السيئة في عمله. لقد افترض ويلز وزملاؤه (١٩٩٥) أن سلوكيات الأمان تؤدي أيضا إلى استمرار معاناة الفرد من الرهاب الاجتماعي، وأن هناك من الدلائل ما يشير إلى أن خفض تلك السلوكيات أو التخلص منها يمكن أن يؤدي إلى خفض القلق والشفاء منه.

الشعور بالذات Self-consciousness

عـــرّف شـــيك وواطسـن (Cheek & Watson,1989) المكون المعرفي للخجل في ضوء أفكار الفرد وتوجساته، متضمنة الشعور بالذات، والخوف من الوضع محل التقييم من قبل الآخرين. وهناك درجة عالية من الاتفاق على أن الشعور بالذات هو جوهر الخجل وأهم مكوناته. وقد خلص بحث ستانفورد إلى أن الشعور بالذات والتوجس من أن يكون الشخص محل تقييم الآخرين، هما أكثر خاصيتين وضوحا وانتشارا للخجل. كما أقر بذلك الخجولون أنفسهم (أشار ٨٥٪ من عينة الخجولين إلى معاناتهم من الشعور بالذات). وخلص كذلك وودي وزمـــلاؤه (Woody et al., 1997, P.118) إلى أن معارف الفرد وأفكاره المتعلقة بالتقييم السلبي لذاته هي جوهر الرهاب الاجتماعي Social phobia، وخاصية مميزة للأفراد المصابين بهذا الاضطراب.

وأحد معاني الشعور بالذات هو القدرة على الوعي بالذات، وانعكاس الذات (سوف نناقش في الفصل الرابع ارتقاء القدرة على التفكير في الذات وعلاقته بالخجل). ومع ذلك، فإن هذا ليس ما يعنيه الأفراد الخجولون حينما يقولون إنهم يشعرون بذواتهم بشدة. إنهم يميزون بين ما يشعرون به حينما ينتابهم الخجل، وبين ما يشعرون به حينما لا ينتابهم هذا الشعور. ومن هنا يعتقدون أن الشعور بالذات هو – بطريقة أو بأخرى – حالة غير طبيعية يمرون بها. وافترض «هاريس» (Harris, 1990) أن الشعور بالذات هو في الأساس خبرة غير سارة، وأوضح أن طبيعتها السلبية هذه ترجع إلى وعي الفرد بالفرق الشديد بين صورة الذات التي يتمناها وينشدها، وصور ذاته كما يراها الآخرون. ويرى كلارك وويلز (Clark & Wells, 1995) أن تركيز الفرد لانتباهه على ذاته يؤدي إلى زيادة وعيه باستجاباته الجسدية غير المرغوبة، وهو ما يجعل الأفراد القلقين اجتماعيّا يكونون فكرتهم السلبية عن أنفسهم من خلال عمليات استدلال متتالية، تبدأ منطلقة

من تركيز انتباه الفرد على ذاته. ويمكننا فهم طبيعة تلك العملية من خلال اثنتين من النظريات الاجتماعية النفسية للذات هما: الوعي بالذات، والتداخل المعرفي، ونعرض فيما يلي لكل منهما.

نظرية الوعي بالذات Self awareness theory

تفترض هذه النظرية أن الانتباه يمكن أن يوجه إما خارجيّا نحو البيئة، أو داخليّا نحو الذات. وكان هذا الافتراض مثار البحث المكثف خلال سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي (Carver & Scheier, 1987) بسبب ما تبين من أدلة تؤكد إمكان تحويل اتجاه الانتباه - بشكل ثابت ومتسق - من خلال التناول التجريبي في المعمل، مثلما تبين من أن الأفراد يركزون معظم انتباههم على أنفسهم (وليس على البيئة الخارجية) عندما يقومون بعمل أومهمة ما أمام المرآة، وبالتالي يرون أنفسهم، أو أمام الكاميرا، أو حينما يسمعون تسجيلا لأصواتهم.

ومن أمثلة تلك الدراسات تلك التي أجراها هاس (Hass,1984)حيث كان يطلب من كل مبحوث أن يكتب حرف «E» على جبهته، وذلك في ظل حالتين تجريبيتين مختلفتين، في الأولى يكون المبحوث متوجها صوب ملاحظ خارجي. أما في الثانية، فيكون المبحوث مركزا على ذاته، حيث يعطي ظهره للملاحظ، وناظرا إلى كاميرا في مواجهته تركز عليه. وتبين أنه في حال تنشيط واستثارة الوعي بالذات، وهو ما يحدث في حالة تركيز الفرد على ذاته الموجودة أمامه في الكاميرا - فإن المبحوثين يتبنون توجهات خارجية في ٥٥٪ من المواقف، مقارنة بنسبة ١٨٪ فقط في حالة عدم استثارة هذا الوعي بالذات، أي عندما تكون الكاميرا مركزة على أي شيء آخر، وليس على وجه الفرد نفسه. وتم التوصل إلى نتائج مشابهة عندما نُشِّط الوعي بالذات لدى الأفراد بسماع كل منهم تسجيلا صوتيّا له، بدلا من النظر إلى ذاته في الكاميرا.

إن هناك دلائل قوية على أن جعل الفرد يركز انتباهه على ذاته عن طريق وسائل تجريبية كرؤيته لنفسه في كاميرا أو سماعه لصوته مسجلا، يؤدي إلى زيادة مشاعره السلبية، وانخفاض في الثقة بالذات في أثناء الحوار والمناقشة مع الآخرين، هذا فضلا عن انخفاض التقدير الذاتي لمهارات الفرد الاجتماعية .(Woody et al, 1997) وكذلك وجد وودي وزملاؤه (١٩٩٧)، أن تحسن حالة مرضى الرهاب الاجتماعي وانخفاض قلقهم وزيادة ثقتهم بأنفسهم بعد العلاج، ترتبط بانخفاض تركيزهم على أنفسهم مقيسا باستبيانات التقرير الذاتي عن تركيز الانتباه. وأشار بوغيلز وزملاؤه (Bogels et al., 1997) أن أسلوب العلاج الذي هدف إلى تخفيض تركيز الانتباه على الذات، قد أدى إلى انخفاض كل من معدلات حدوث احمرار الوجه، والخوف من حدوث هذا الاحمرار لدى عينة من الأفراد تعاني مشاكل مزمنة بخصوص احمرار الوجه عند التعامل مع الآخرين.

وتم داخل هذا الإطار تعريف الشعور بالذات، باعتباره سمة تكشف عن قابلية الشخص وميله إلى تركيز انتباهه على ذاته. وأعد فينغشتاين وزملاؤه (Fenigstein et al., 1975) استبيانا لقياس تلك السمة، وكشف التحليل العاملي لبنود هذا الاستخبار عن وجود ثلاثة عوامل تنتظم فيها، الأول أطلق عليه الشعور بالذات العامة أو الاجتماعية، ويعني ميل الفرد إلى التركيز على ذاته بوصفها كيانا اجتماعيّا، والثاني هو الشعور بالذات الخاصة، ويعني ميل الفرد إلى تركيز انتباهه على أفكاره ومشاعره الذاتية. أما العامل الثالث فكان القلق الاجتماعي، ويشير إلى الخجل والارتباك في المواقف الاجتماعية. وتتسق الفروق الفردية في تلك العوامل الثلاثة – المقيسة بهذا الاستبيان – مع النتائج التجريبية السابقة الإشارة إليها. فتبين، على سبيل المثال، أن الدرجات على الشعور بالذات العامة أو الاجتماعية ترتبط جوهريّا بالميل إلى تبني الفرد منظورا خارجيا في رسمه لحرف الـ «E» في دراسة هاس .(Hass,1984)

وكذلك لاقت تنبؤات نظرية الوعي بالذات تدعيما إمبريقيّا قويّا، خصوصا فيما يتعلق بعامل الشعور بالذات العامة أو الاجتماعية. فقد ارتبطت الدرجات على بنود هذا العامل ارتباطا جوهريّا بكل من الخجل (Pilkonis, 1977a)والميل إلى الشعور بالارتباك (Miller ,1995). وكذلك فإن الشعور بالذات العامة يساعد في التمييز بين الأنماط المختلفة للخجل. وفي هذا الجانب توصل شيك وكرانزوبيروفا (١٩٩٩) إلى أن مجموعة ما يسمى «الخجل الآمن» وهم الأفراد الخجولون الأقل اعتمادا على الآخرين، والأقل انسحابا من المواقف الاجتماعية، حصلوا على درجات أقل على الشعور بالذات العامة مقارنة بالخجولين الآخرين الأكثر اعتمادا على الآخرين وانسحابا من المواقف الاجتماعية. كما توجد أدلة مستمدة من بعض دراسات التفاعل الاجتماعي تتسق مع تلك النظرية، حيث وجد هوب وهيمبرغ (Hope & Heimberg, 1988) في دراستهما على مجموعة من الرجال والنساء الذين يعانون الرهاب الاجتماعي أن الشعور بالذات العامة، ارتبط ارتباطا جوهريّا مع ضعف المهارة الاجتماعية والقلق الشديد، والتكرار المتزايد للأفكار السلبية خلال مواقف التفاعل الاجتماعي. ووجد فرومنغ (Froming et al., 1990) أن طلبة الجامعة المرتفعين في الشعور بالذات العامة كانوا أسرع في الهروب من موقف كان المطلوب فيه من كل منهم أن يغني أغنية أمام طالب آخر، سواء كان هذا الطالب المطلوب أن يغني المبحوث أمامه معروفا له أو غريبا عنه. وعلى الجانب الآخر، فإن المنخفضين في الشعور بالذات العامة كانوا أقل ارتباكا في هذا الموقف، وكانت درجة ارتباكهم أقل عندما كانوا يغنون سواء أمام صديق أو شخص غريب عليهم تماما، مقارنة بدرجتهم عند غنائهم أمام شخص يتوقعون أنهم سوف يلتقون به فيما بعد ليتناقشوا حول هذا الموقف.

وقام بروش وزملاؤه (Bruch et al., 1995) بالمقارنة بين التقديرات الذاتية لمجموعتين من الرجال، بخصوص موقف محادثة بين كل رجل منهم وإحدى السيدات الجميلات الغريبة عليه، وكانت إحدى

المجموعتين مرتفعة في الخجل (مقيسا بمقياس «شيك - بص»)، في حين كانت الأخرى مرتفعة في الشعور بالذات الاجتماعية. وقد طلب من كل فرد في المجموعتين أن يقدر درجة ما شعر به من أعراض الخجل في أثناء تلك الخبرة (مقدار ما شعر به من عصبية وارتباك وكف سلوكي)، وأن يحدد إلى أي مدى كونت عنه تلك السيدة التي تحدث معها انطباعا سلبيّا. كذلك طلب من كل فرد في المجموعتين أن يقدر نسبة الزمن التي كان فيها مركزا على ذاته في أثناء تلك المقابلة، وأن يضع قائمة بالأفكار التي جالت بخاطره في أثنائها، سواء أكانت أفكارا إيجابية أم سلبية أم محايدة. وقد تبين أن كلا من الخجل (المجموعة الأولى) والشعور بالذات الاجتماعية (المجموعة الثانية) يرتبط بكثرة أعراض الخجل. غير أن الخجل، وليس الشعور بالذات الاجتماعية، هو الذي ارتبط بالانطباع الذي سوف تكونه السيدة عنه، وبتركيز انتباهه على الذات، وسيطرة الأفكار السلبية على ذهنه في أثناء اللقاء. وكذلك تبين أنه لا توجد رغبة لدى الأفراد في كلتا المجموعتين للتفاعل فيما بينهم خشية زيادة شدة شعورهم بالخجل وعدم الشعور بالراحة في أثناء التفاعل في هذه المواقف.

وباختصار، فإن تلك الدراسة توضح أن شعور الفرد بأنه أرعن وغير كفؤ، ومن ثم غير قادر على التواصل بفاعلية، يحدث بسبب كل من الخجل والشعور بالذات العامة. ومع ذلك فإنه في حالة الخجل، تحدث تلك المشاعر مصاحبة للشك في الذات، والتوقعات المنخفضة للنجاح في مواقف التفاعل، وهو ما لا يحدث في حالة المرتفعين في الشعور بالذات الاجتماعية، ولا لدى الخجولين الذين يميلون إلى اعتبار أنفسهم منخفضين في فاعلية الذات الخاصة بمواقف التفاعل الاجتماعي، وهو الميل الذي يوجد عادة بوضوح لدى المرتفعين في الشعور بالذات الاجتماعية.

لقد أدت نظرية الوعي بالذات إلى إجراء عدد كبير من الدراسات في وقت قليل، أثمرت نتائجها توافر مجموعة من مقاييس الشعور بالذات التي كانت مفيدة لدراسة الشخصية الإنسانية. ومع ذلك، فإن

تلك النظرية لم تحقق الأهداف المأمولة منها في مجال دراسة الخجل على وجه التحديد. لقد كان لها أثر كبير على نموذج هاريس (1990) الخاص بالشعور بالذات الذي عرضنا له آنفا، غير أن هذا النموذج لم يؤد إلى إثارة المزيد من الدراسات والبحوث في هذا الجانب. إن تلك النظريات تقدم تفسيرا لارتباك السلوك وتشتته، عندما تفترض أن تركيز الانتباه على الذات يكون على حساب تركيزه على الأداء الذي يقوم به الفرد، ومن ثم يؤدي إلى سوء هذا الأداء. فضلا عن أنها تقدم تفسيرا للمشاعر السلبية، إذ ترى تلك النظرية أن الشعور بالذات هو نتاج للاختلاف بين ما يريده الفرد ويأمل القيام به من ناحية، وبين سلوكه الفعلي أو ما يقوم به بالفعل من ناحية أخرى.

التداخل المعرفي Cognitive interference

في مواقف الامتحانات الدراسية، أو أي اختبار من الاختبارات، يكون الأفراد القلقون مستغرقين في ذاتهم أكثر من استغراقهم في المهمة التي يقومون بها. وعلى سبيل المثال، طلب بلانكشتين وزملاؤه (Blankstein et la., 1989) من مجموعة من المشاركين في مهمة خاصة بالجناس بين الكلمات (إيجاد كلمات متشابهة إما في النطق أو الحروف) أن يحددوا ما كان يرد على أذهانهم من أفكار وهم يؤدون تلك المهمة. وتم تصنيف تلك الأفكار إلى ثلاثة أنواع: إيجابية ومحايدة وسلبية، بالإضافة إلى تصنيفها إما على أنها تدور حول الذات، أوتدور حول المهمة التي يؤديها الفرد، أو غير متعلقة بالذات ولا بالمهمة. وأشارت النتائج إلى أن أسوأ الأفراد أداء على تلك المهمة هم من قرروا أنهم راودتهم الكثير من الأفكار السلبية في أثناء الأداء، وأن تلك الأفكار كانت تدور حول الذات.

وبحث ميلشور وشيك (Melchior & Cheek, 1990) العلاقة بين تركيز الانتباه على الذات من ناحية، والأفكار القلقة وأعراض القلق من ناحية أخرى، وذلك لدى عينة من طلاب الجامعة. فبعد قيام كل طالبة بمحادثة مع غريب عليها، طلب من كل واحدة منهن أن تحدد تقديرا

كميّا لنسبة الوقت الذي كانت فيه مركزة انتباهها على نفسها (قضيت س ٪ من وقت المحادثة أفكر فيما يجب أن أقول أو أرد على ما قاله الطرف الآخر، أو أفكر في الانطباع الذي كونه عني)، وكذلك أن تحدد تقديرا كميّا لنسبة الوقت الذي قضته مركزة في التفكير فيما يقوله أو يفعله الطرف الآخر، وأيضا قامت كل طالبة بتقدير ذاتي لنفسها على مقياس لأعراض القلق الاجتماعي مكونا من واحد وعشرين بندا. وأشارت النتائج إلى أن الطالبات الخجولات كن أكثر تركيزا على أنفسهن، من الطالبات الأقل خجلا، وأن التركيز على الذات يرتبط إيجابيّا بالقلق الاجتماعي. وتم تفسير تلك النتائج باعتبارها دليلا على أن الانهماك المقلق بالذات هو إحدى خصائص الطالبات الخجولات.

وفي دراسة بروش وزملائه (1995) السابقة الإشارة إليها، استُخدام مقياس «ميلشور- شيك» للتركيز على الذات، ومقياس قائمة الأفكار، حيث طلب من كل مبحوث أن يضع قائمة بكل الأفكار التي يتذكر أنها كانت تدور في ذهنه في أثناء محادثته مع شخص غريب عليه. وتم تصنيف تلك الأفكار إلى إيجابية (أفكار تيسر المحادثة) أو محايدة أو سلبية (لا تيسر المحادثة مثل: لا أعرف ماذا يجب أن أقول). وتبين أن المشاركين الخجولين (المرتفعين على مقياس الخجل الذي أعده «شيك - بص») كانوا أكثر تركيزا على الذات، وتذكروا أفكارا سلبية أكثر، وذلك مقارنة بالأقل خجلا. وتبين أن زيادة الأفكار السلبية ترتبط إيجابيّا بكل من أعراض القلق، والاعتقاد أن الآخرين سوف يقيِّمون الفرد سلبيّا، وبالحرص على تقديم الذات بشكل متحفظ أو دفاعي. وتتسق تلك النتائج مع نتائج دراسات سابقة أشارت إلى أن الخجولين أكثر استخداما للصفات السلبية عند وصفهم لأنفسهم (Cacioppo et al, 1979)، وأنهم أكثر تذكرا للمعلومات السلبية المتعلقة بالذات (Breck & Smith, 1983).

وهناك منحى آخر أكثر دقة هدف لمعرفة الأفكار السلبية التي تدهم الفرد في أثناء المواقف الاجتماعية، هو ذلك الذي يعتمد على مقاييس التقدير، حيث يقوم كل فرد من المشاركين في الدراسة بتقدير ما دهمه

من أفكار إيجابية وأخرى سلبية، وذلك على عدد من البنود التي يتكون منها المقياس المعين، بحيث يعكس كل بند من تلك البنود واحدة من تلك الأفكار المحتملة، سواء السلبية أو الإيجابية. واستخدم بروش وزملاؤه (١٩٨٩) واحدا من تلك المقاييس، وهو مقياس «حالة الذات في مواقف التفاعل الاجتماعي» (SISST) الذي وضعه غلاس Glass وزملاؤه عام ١٩٨٢. ويتكون هذا المقياس من خمسة عشر بندا إيجابيّا (تعكس أفكارا إيجابية) وخمسة عشر بندا سلبيّا، ويجيب المشارك على كل بند باختياره أحد بدائل خمسة للإجابة تتدرج على متصل يتراوح من ١- ٥ درجات. ويجيب الفرد على هذا المقياس بعد أن يقوم بمحادثة شخص آخر غريب. وتبين أن الأفراد الخجولين يعطون تقديرات أعلى جوهريّا للأفكار السلبية مقارنة بغير الخجولين (متوسط الأفكار السلبية لدى الخجولين كان ٣٦,٨، وكان لدى غير الخجولين ٢٥,٨)، ويعطون تقديرات أقل جوهريّا للأفكار الإيجابية (المتوسط لدى الخجولين كان ٤٤,٤، بينما كان لدى غير الخجولين ٤٨,٨). وأشارت تلك النتائج إلى أن الخجولين تدهمهم في أثناء الحوار مع الغريب - أفكار إيجابية وأخرى سلبية، غير أن التفكير السلبي كان هو الأكثر تكرارا ووضوحا في أثناء تفاعلاتهم.

وربما يكون من المفيد أن نوضح أن الأفكار الاقتحامية السلبية ليست مجرد خاصية أساسية يتميز بها الخجولون، بل إن لتلك الأفكار آثارا سلبية متعددة على جوانب أخرى من سلوك وأداء الفرد الخجول. وقد اهتمت دراسة كارافا وكوزاريلي» (Karafa & Cozzarelli , 1997) بمعرفة ما إذا كان التداخل المعرفي يمكن أن ينتقل من موقف إلى آخر، أي ينسحب أثره السيئ من موقف معين إلى موقف آخرأم لا. وتم في هذه الدراسة فحص أثر كل من الخجل (مقدرا بمقياس «شيك - بص») والتداخل المعرفي (مقدرا بدرجة ما يشعر به الفرد من نقص في القدرة على التركيز) على التقرير الذاتي للاستثارة الجنسية لدى عينة من الرجال عند مشاهدتهم فيلم فيديو جنسي. وقد سعى الباحثان إلى معرفة

أثر قلق المشاركين المتعلق بكونهم محل التقييم الاجتماعي من قبل أحد الملاحظين، حيث أجريت مقابلة مع بعض أفراد العينة، وذلك قبل مشاهدتهم للفيلم، ويقال لكل منهم إنه تم تصويرها وتسجيلها، في حين لم يخضع البعض الآخر لهذه المقابلة. وتستوقفنا نتيجتان من نتائج تلك الدراسة: الأولى أن المشاركة في المقابلة التي تمت لبعض أفراد العينة قبل مشاهدة الفيلم كان لها تأثير كبير على عينة الرجال الخجولين، حيث تبين أن وجود الخجل مع التفاعل الاجتماعي الحادث في المقابلة، أدى إلى انخفاض شديد في الاستثارة الجنسية. أما أولئك الذين لم تجر لهم مقابلة، فكانت الفروق في الاستثارة الجنسية بين الخجولين وغير الخجولين منهم فروقا طفيفة. وكشفت النتيجة الثانية التي تستوقفنا عن أن التداخل المعرفي يتوسط العلاقة بين مشاهدة الفيلم والاستثارة الجنسية، حيث كانت تلك الاستثارة أقل ما تكون لدى الأفراد الخجولين الذين أجريت لهم مقابلات، وكانت درجاتهم مرتفعة على مقياس التداخل المعرفي. وتشير تلك النتائج إلى أن هذا التداخل الذي يحدث أو يستثار بواسطة تفاعل اجتماعي في موقف ما يمكن أن ينتقل إلى موقف آخر.

ويميل الخجولون إلى إدراك أنفسهم بأنهم غير أكفاء في تفاعلهم الاجتماعي. فأشارت دراسات عديدة إلى أنهم يقللون من كفاءتهم الاجتماعية أو يقدرونها تقديرا دونيّا (Bieling & Alden, 1997; Jackson et al., 1997; Kowalski & Leary, 1990; Stopa & Clark, 1993). وفي دراسة بروش وزملائه (1989) السابق عرضها، كان اعتقاد الأفراد الخجولين أنهم أظهروا علامات كثيرة تدل على العصبية والتوتر، أكثر من اعتقاد غير الخجولين، الذين كانوا الطرف الثاني في المحادثات بين الطرفين، وكان هذا الاعتقاد (أن الفرد أظهر الكثير من علامات العصبية والتوتر) أكثر قوة ووضوحا لدى الخجولين الذين ذكروا أن العديد من الأفكار السلبية كانت تدهمهم في أثناء المحادثة. وأخيرا تبين من هذا البحث أن الخجولين عادة ما يتوقعون أنهم سوف يكونون محل رفض الآخرين وتقييمهم السلبي (Jackson et al., 1997).

أما الأدلة على أن الخجولين يسعون إلى الكمال، فهي غير حاسمة، حيث افترض كلارك وويلز (Clark & Wells, 1995, P.75) أن مرضى الرهاب الاجتماعي عادة ما يضعون معايير مرتفعة لأدائهم الاجتماعي لأنهم ينشدون الكمال. وتوصل «بيلنغ وألدين» (Bieling & Alden 1997) في دراستهما على عينة من مرضى الرهاب الاجتماعي إلى ارتفاع سقف ما يضعون لأنفسهم من معايير للحكم على أدائهم الشخصي. فإنهم يعتقدون أن الآخرين يتوقعون منهم دائما أداء مرتفعا، أو ينتظرون منهم الكمال. وتبين أنه بزيادة النزعة إلى الكمال، يزداد ارتفاع سقف المعايير التي يعتقدون أنها متوقعة منهم. وعلى الجانب الآخر، تبين عدم وجود فروق بين أفراد تلك العينة من مرضى الرهاب الاجتماعي، وأفراد عينة أخرى ضابطة من الأسوياء، عندما عُرِّف الكمال في ضوء المعايير التي يضعها الأفراد لأنفسهم بأنفسهم، وهو ما يعني أن القلقين اجتماعيّا والذين يشعرون بأنه من الصعب عليهم تحقيق المعايير القائمة، إنما يتحدثون عن معايير الآخرين وليست معايير يضعونها هم لأنفسهم بأنفسهم. ومع ذلك فإن «جاكسون وزملاءه» (Jackson et al., 1997) لم يجدوا فروقا على أي من مقياسي الكمال (الكمال في ضوء معايير يتصور الفرد أن الآخرين يتوقعونها منه، والكمال في ضوء معايير يصنعها الفرد لنفسه بنفسه) بين الخجولين والأقل خجلا، وذلك عندما اعتمدوا في قياسهم للخجل على مقياس «شيك – بص» للخجل. وعلى أي حال فمازالت تلك القضية في حاجة إلى مزيد من البحث والدراسة، ولم تحسم بعد.

الشعور بالذات في الخجل Self consciousness in shyness

على الرغم من أن كل المناحي والنظريات التي أشرنا إليها، قدمت ما أفاد دراسة الخجل وزيادة فهمنا له، فإن أيّا منها لم يول الاهتمام الكافي لمحاولة فهم الخجل ودراسته من منظور المتلقين أوالمشاهدين له أو المتفاعلين مع الأشخاص الخجولين، وليس من منظور الخجول أو

صاحب سلوك الخجل ومصدره. فالخجل ليس محددا فقط بخصائص وسمات الشخص الذي يبديه، بل إن هناك طرفا آخر في الموقف هو بمنزلة متلق أو مشاهد لسلوك الخجل. وربما يكون هذا المتلقي شخصا حقيقيّا ماثلا أمام الخجول، وربما يكون متخيلا في ذهن الخجول. وفي كل الحالات يقوم هذا المتلقي بدور حاسم في سلوك الشخص الخجول.
إن هذا المنظور - المؤكد على وجود متلق أو مشاهد لسلوك الخجل - يقوم على ثلاث أفكار أساسية:

أ- يرى الشخص الخجول سلوكه، ويقيمه من منظور شخص آخر - أو أكثر - يرى أو يسمع أو يتلقى هذا السلوك.

ب - إن تلك الرؤية وهذا التقييم، عادة ما تكون سلبية.

ج - إن الشخص الخجول يكون واعيا بأنه غير راضٍ عن تلك الرؤية وهذا التقييم، بحيث يكون واعيا بأنه يجب ألا يراه الآخرون أو يقيموه بهذا الشكل السلبي.

وفي ضوء ذلك يمكن التخلص من الخجل، إذ أمكننا التخلص من هذا «المتلقي»، أو إذا جعلناه لا يتبنى تلك الرؤية السلبية والتقييم السلبي، إذا ظل موجودا. ويصف تايلور (Taylor, 1985, P.26) هذا المتلقي بأنه: «مراقب محتمل، ومستقل» عن الفرد الخجول، غير أنه يمثل المعيار الذي يقيم الخجول سلوكه على أساسه. إن هذا التصور يحمل الكثير من المتضمنات عن إحساس الشخص الخجول بالمسؤولية عن خجله، وهو ما سوف نناقشه في الفصل الخامس. أما الآن، فنحن نشير إلى أهمية فكرة التغيير في المنظور. فإن افتراض وجود متلق هو الذي يساعدنا في التمييز بين الشعور بالذات والتمركز حول الذات. وبصورة أكثر دقة، فإن وجود المتلقي هو تخيل أو عملية إدراكية تحدث في ذهن الفرد الشاعر بذاته. وهذا المتلقي يمكن أن يكون متخيلا أو حقيقيّا، وربما يكون عامّا (ماذا يقول الناس عني؟)، وقد يكون خاصّا محددا (ماذا تقول أمي عني؟). والذي يجعل أحدهما - العام أو الخاص - هو الأكثر بروزا ووضوحا، هو حالة الشخص الحالية أو ما

يجب أن يكون عليه بالنسبة إلى هذا المتلقي. فالشخص هنا يرى نفسه بعيني هذا المتلقي، وبصرف النظر عما إذا كان الفرد يستحق فعلا أن يُرى بهذا الشكل أم لا.

إن هذا التأكيد على أهمية شعور الفرد وتصوره لما يجب أن يُرى عليه، وليس وجهة نظر الفرد السلبية عن ذاته هو أمر مهم، وذلك لعدة أسباب. أولا: بناء على هذا التصور، فإن تقدير الذات المنخفض سوف يصبح غير ذي صلة بالشعور بالذات، وهذا ما يتعارض مع نتائج كثير من الأبحاث التي أكدت أن تقدير الذات المنخفض والخجل، مفهومان نفسيان متشابهان (Cheek & Melchior, 1990)، وأن الخجل يرتبط - بشكل خاص - بعدم الأمان الشخصي في المواقف الاجتماعية (Cheek & Briggs, 1990) فهناك الكثير من الأدلة الإمبريقية على وجود ارتباطات جوهرية بين مقاييس الخجل ومقاييس تقدير الذات، سواء لدى عينات من الأطفال أو الراشدين (Cheek et al., 1986; Crozier, 1981, 1995) وسواء أكان هذا مؤشرا إلى فرق بين الخجل من ناحية، والشعور بالخزي والارتباك من ناحية أخرى، أو كان مؤشرا إلى أن هناك أبعادا مختلفة للخجل، فإن مسألة علاقة الخجل بالتقدير المنخفض للذات لم تحسم بعد، ومازالت تتطلب المزيد من البحث والدراسات المتأنية.

وثانيا، إن القول بأن الفرد الخجول يتبنى منظور «مراقب محتمل منفصل» ربما يساعدنا على فهم لماذا يشعر الفرد بالخجل على وجه التحديد عندما يعتقد أنه لا يتفاعل بكفاءة في موقف اجتماعي معين، ولا يشعر - مثلا - بالاكتئاب أو التعب. فربما يكون سبب ذلك هو أن الحالة الذهنية للفرد تتسم هنا بالشك والتوجس بخصوص ما إذا كانت «الرؤية أو المنظور المحتمل» (رؤية أو منظور المتلقي المحتمل أوالمفترض وجوده) للذات تتم كما يحب الفرد وينشد أم لا.

وثالثا، فالقول بوجود الشعور بالذات في كل من الخزي والارتباك، يعني أن هناك شيئا ما يختص به الأفراد هو الذي يجعلهم يشعرون بأن هناك ما يستدعي شعورهم بالخزي أوالارتباك بشأنه. فهم ربما يؤدون

أفعالا معينة، ويفشلون في أداء أفعال أخرى، ويتأثرون بأفعال يقوم بها آخرون، وربما يوجد ما يجعلهم يقلقون بشأن مظهرهم الخارجي، أو يجدون أنفسهم في أماكن ومواقف غير ملائمة. وأي من تلك الأشياء ربما تكون باعثا على أن يحكموا على أنفسهم حكما يجعلهم يشعرون بعدم الراحة، سواء أكانوا بالفعل يستحقون ذلك أم لا، أي سواء أكان هذا الحكم موضوعيّا وصحيحا أم لا، فمثلا حينما تتعرض لموقف من المواقف التالية: تصطدم بكومة من الخضراوات في سوبر ماركت مزدحم، أن تنسى اسم فرد في لحظة تقدمه فيها للآخرين، أن تكتشف أن هناك بعض الإفرازات ظاهرة من أنفك، حينما تطرق باب أحد أصدقائك ملبيّا دعوته على العشاء، وتكتشف أنك حضرت في يوم غير يوم الدعوة (ميعاد خطأ)، فإن أيا من تلك المواقف يؤدي إلى الشعور بالذات ويكون سبب ذلك واضحا ومعلوما. ولكن ما سبب الشعور بالذات في الخجل؟. ربما تكون المسألة في الخجل مجرد توقع أو استباق بمعنى أن الباعث على الشعور بالذات هنا، هو أن الشخص الخجول يخاف من «احتمال» أن يقترف أيا من تلك الأخطاء التي أشرنا إليها في الأمثلة السابقة، فهو يخاف مما يمكن أن يحدث، لا مما هو قائم بالفعل أو أصبح أمرا واقعا. فالأرجح أن الشخص الخجول يعتقد أن الموقف أو المأزق المعين سوف يكشف عن بعض جوانب ذاته الاجتماعية التي سوف تبدو للآخرين سيئة وغير مرغوب فيها، أو على الأقل ليست على المستوى المطلوب.

والواقع أن نظرية التداخل المعرفي لم تول الاهتمام الكافي بفكرة تغيير المنظور هذه، لأنها تفترض أن أفكار الفرد عن ذاته في الموقف المعين، تؤثر في سلوكه بصرف النظر عن المنظور الذي يتبناه. فالأفكار المحورية في الخجل - وفقا لهذه النظرية - تتعلق بعدم معرفة ما يمكن أن يقال، والتشجيع الذاتي الصامت لما يمكن قوله في الموقف المعين، وتخمين ما يمكن أن يفكر فيه أو يعتقده الآخرون في الفرد، إلى آخره. فهل الخجل هو مسألة تتعلق بمضمون أفكار الفرد، أم أن هناك بعدا آخر يتعلق بتحويل يحدث في الانتباه، أم المنظور الذي تُرى وتُقيم الذات من خلاله؟

وإذا كانت نظرية الوعي بالذات، اهتمت على وجه الخصوص بما يحدث من تحويل في الانتباه، فإنها لم تقدم تمييزا واضحا بين التمركز حول الذات والشعور بالذات. ومن وجهة النظر الظاهراتية (الفينومينولوجية) تنشأ الخبرات المختلفة، وتتكون وفقا للطريقة التي يركز الفرد انتباهه بها على ذاته. فالفرد إذا ألقى نظرة خاطفة على نفسه المنعكسة أمامه في إحدى المرايا الموجودة في متجر ما، فمن الممكن أن ينتقد ذاته لأنه يبدو زائد الوزن، أو غير مهندم في ملبسه، وفي مثل هذا الموقف يكون الفرد متمركزا حول ذاته، ذلك لأن المنظور الذي تبناه في الحكم على ذاته هو منظوره الشخصي. فهو الذي شاهد نفسه في المرآة، وهو الذي حكم على صورته، حتى ولو كانت صورته الاجتماعية. أما إذا نظر في المرآة، واعتقد - مثلا - أنه يتم تصويره في تلك اللحظة، سواء بكاميرا فوتوغرافية أو بفيلم فيديو، وأيضا انتقد ذاته بسبب وزنه الزائد، أو لأنه غير مهندم، فإن الوعي بالمظهر الخارجي في هذه الحالة يبدو مختلفا في طبيعته عنه في الحالة الأولى، ذلك لأن الفرد يرى نفسه هنا بعيون الآخرين الذين يعتقد أنهم يرونه أو يصورونه. إن هذا الفرق الدقيق لم يلتفت إليه الباحثون، وليس واضحا لدى من ميزوا بين الشعور بالذات الخاصة أو الشخصية، والشعور بالذات العامة أو الاجتماعية. فالفرد عندما نظر إلى نفسه في المرآة في كلتا الحالتين، لم يكن مهتما سوى بحالته الجسمية وبمظهره العام، أي شاعرا بصورته العامة أو الاجتماعية. غير أن الفرق الوحيد بين الحالتين - إذا كان ثمة فرق - هو مصدر «العين» التي ترى وتحكم وتقيم. ففي الحالة الأولى كانت عين الفرد نفسه، أما في الثانية فكانت عين الآخرين.

وإذا كان الشعور بالذات دالة للعين (أو المنظور) التي يرى بها الشخص المواقف ويقيمها، فإن الشعور بالذات - من ناحية أخرى - يؤثر كثيرا في عملية تكوين الفرد للنسق المعرفي الذي يستخدمه في

تحديد «العين» التي يعتقد أنها هي التي تنظر إلى ذاته وتقيمها، وما إذا كانت هي عينه الخاصة، أم أعين الآخرين. وهذا ما نوضحه في الشكل التالي الرقم (٢-٢).

	يوجد بالفعل من ينظر إلى الشخص	لا أحد ينظر إلى الشخص
اعتقاد الشخص أن ذاته موضع انتباه وتركيز الآخرين	إدراك وفهم صحيح للموقف	إنذار زائف، وشعور الشخص بالتهديد من دون مبرر واقعي لذلك.
اعتقاد الشخص أن ذاته ليست موضع انتباه وتركيز الآخرين	قرارات خاطئة	قرارات صحيحة

الشكل (٢ - ٢): نظام معرفي لتحديد واكتشاف التفحص بواسطة الآخرين

وفي ضوء المعيار الذي سيختاره الفرد، والذي يعمل نسقه المعرفي على أساسه، تتحد المكاسب والخسائر المرتبطة بما يتخذه من قرارات صحيحة وقرارات خاطئة. إن هذا التأثير الذي يمارسه الشعور بالذات على النسق المعرفي الذي يعتمد عليه الفرد في تحديد «من ينظر إلى ذاته ويقيمها»، يحدث نتيجة للأهمية الكبرى التي يوليها الفرد لضرورة خلق انطباعات جيدة لدى الآخرين، أو لاعتقاده عدم قدرته -أو انخفاضها- على النجاح في ذلك. ومن الممكن إخضاع التصور الذي يلخصه الشكل السابق للبحث الإمبريقي. وربما يكون ملائما الاعتماد على الملاحظة باستخدام التصوير بالفيديو، ثم نحلل ما يحدث عندما ينظر شخص ما تجاه المبحوث، وهو بصدد تحديد طبيعة الموقف، وما إذا كانت ذاته موضع اهتمام وانتباه الآخر أم لا.

الخجل والوجدان Shyness and affect

معدل نشاط القلب Heart rate

يتضح التوازن بين قسمي الجهاز العصبي المستقل (السمبثاوي والباراسمبثاوي) من خلال تأثير كل منهما في معدل نشاط القلب. و«الفاغوس» (العصب الحائر) Vagus هو العصب الأساسي للقسم الباراسمبثاوي، الذي ينشأ من جذع المخ، ويمتد إلى الكثير من أعضاء الجسم ومنها القلب. ويعرف الإيقاع «الفاغالي» Vagal tone، بأنه معدل نشاط النقل العصبي الباراسمبثاوي، ويتم حسابه بالتباين في معدل نشاط القلب. وأحد المؤشرات الدالة على هذا التباين هو حساب «عدم انتظام النبض التنفسي» (RSA)، وهي تلك الظاهرة الطبيعية التي تحدث كاشفة عن مدى التناغم بين مرحلتي التنفس (الشهيق والزفير) من ناحية، والإيقاع المتواتر بالزيادة والنقصان لمعدل نشاط القلب من ناحية أخرى (Porges et al., 1994). فالفرد عندما يقوم بعملية الزفير ينخفض معدل ضربات قلبه، أي يزداد طول الفترة الزمنية بين دقاته، أما عند الشهيق فيزداد عدد ضربات القلب، أي يقل طول تلك الفترات الزمنية، ويمكن قياس «عدم انتظام النبض التنفسي» (RSA)بحساب متوسط الفرق بين أقصر مدة زمنية بين دقات القلب في أثناء الشهيق، وأطول مدة زمنية بين دقات القلب في أثناء الزفير، ويطلق على هذه الطريقة اسم الهضبة - الوادي (Jennings & McKnight Peak-Valley 1994)، وهناك طريقة أخرى يمكن استخدامها وهي التحليل الطيفي لمعدل نشاط القلب، وفيها يقسَّم التباين في معدل نشاط القلب إلى مكونات مختلفة في تواترها، وتُحصر تلك المكونات التي يكون تواترها متطابقا مع معدل تنفس الفرد، ومرتبطا بنشاط جهازه العصبي الباراسمبثاوي.

وعندما تكون هناك زيادة في معدل نشاط القلب، وهو ما يحدث مثلا عندما يتعرض الفرد لموقف ضاغط، فإن هيمنة الجهاز السمبثاوي على نظيره الباراسمبثاوي تؤدي إلى مزيد من الكف «للإيقاع الفاغالي»، وإلى انخفاض بسيط في معدل نشاط القلب في أثناء الزفير، وهنا يكون التباين في معدل نشاط القلب، أقل ما يمكن، ذلك لأنه كلما زاد نشاط الجهاز السمبثاوي زاد معدل نشاط القلب، وفي الوقت ذاته يكون أكثر ثباتا واستقرارا (أقل تباينا).

ولقد أمدتنا سلسلة الدراسات التتبعية التي قام بها كيغان Kagan وزملاؤه في جامعة «هارفارد» بالكثير من المعلومات المهمة عن العلاقة بين مقاييس معدل نشاط القلب والخجل. وسوف نناقش ذلك في الفصل الثالث، عند مناقشتنا للحالة المزاجية للأطفال كعامل مؤثر في ارتقاء الخجل. أما الآن فسوف نركز على الدراسات التي اعتمدت على المقاييس الفسيولوجية، وأهم نتائجها، ويعرض الجدول (٢- ١) تلخيصا لأهم نتائج تلك الدراسات.

بدأت دراسة «هارفارد» على عينة من الأطفال بلغ عمر كل منهم واحدا وعشرين شهرا، منهم ثمانية وعشرون طفلا يعانون الكف السلوكي الشديد، وثلاثون طفلا لا يعانون الكف. واعتمد قياس الكف السلوكي على أسلوب الملاحظة المنظمة للأطفال في عدد من المواقف، منها انفصال الطفل عن أمه لمدة قصيرة. عُرِّف الكف السلوكي في هذا الموقف بأنه فترة الكمون الطويلة التي يظل الطفل فيها ساكنا سلبيّا إلى أن يبدأ التفاعل مع غريب عليه، منهيا لشعوره بالضغط من انفصاله عن أمه. ورغم أن «كيغان» اعتبر الكف السلوكي هنا بمنزلة استجابة لمواقف أو أشخاص جديدة وغير مألوفة بالنسبة إلى الطفل، فإنه توصل إلى أن سلوكيات الخجل ارتبطت بوضوح بالكف السلوكي (مقيسا بطول فترات الكمون) (Kagan et al.,1987, P.1461).

وقيس كل من معدلات القلب والتباين في هذا المعدل لهؤلاء الأطفال في أعمار واحد وعشرين شهرا، وأربع سنوات، وخمس سنوات ونصف، وسبع سنوات ونصف. وكانت تلك القياسات تُجرى في ظرفين تجريبيين مختلفين :الأول قياس قاعدي حيث يكون الطفل وحيدا لا يفعل شيئا، والآخر بعد مشاركة الطفل في نشاط ما، ربما يكون هادئا مثل استماعه إلى قصة، أو أكثر نشاطا مثل بناء تصميمات معينة من المكعبات، أو قيامه بسرد قصة على المستمعين. وأشارت النتائج الطويلة التتبعية إلى وجود اتساق عبر الزمن (عبر القياسات في الأعمار الأربعة) في كل من معدل نشاط القلب والتباين في هذا المعدل. ويقاس معدل نشاط القلب بطول الفترة الزمنية بين نبضات القلب، حيث تعني الفترات الزمنية القصيرة معدلا سريعا لنشاط القلب. أما التباين في معدل هذا النشاط، فيقاس بالانحراف المعياري لمعدل

نشاط القلب، حيث يعني الانحراف المعياري الكبير أن هناك تباينا مرتفعا في معدل نشاط القلب. وهو ما يوضحه الجدول الرقم (٢- ٢). ومعدل نشاط القلب هو قياس الفترة الفاصلة بين ضرباته، فكلما كانت الفترة قصيرة فإن ذلك يعني أن ضربات القلب سريعة. والانحراف المعياري لمعدل ضربات القلب يوفر قدرا من التباين، كما يمثل الرقم الكبير تباينا عاليا:

الجدول (٢- ١) : دراسات عن معدل نشاط القلب في مرحلتي الرضاع والطفولة

المؤلف	متوسط عمر أفراد العينة	حجم العينة	معدل نشاط القلب		معدل التباين في نشاط القلب	
			خط الأساس	في أثناء ممارسة النشاط	خط الأساس	في أثناء ممارسة نشاط
دراسات جامعة هارفارد: ١- غارسيا - كول وزملاؤها (١٩٨٤).	١:٩	٥٥ (٥٨)	لا	نعم	لا	نعم
٢- كيغان وزملاؤه (١٩٨٤).	٤:٠	٤٣	لا	نعم	لا	نعم
٣- ريزنيك وزملاؤه (١٩٨٤).	٥:٦	٥٨ (٦٤)	نعم	نعم	نعم	نعم
٤- كيغان وزملاؤه (١٩٨٨).	٧:٦	٤١	لا	لا	لا	لا
دراسة جامعة مادينغلي: ١- مارشال وستيفن - هايند (١٩٨٨):	٤:٦	٥٧ (١٢٦)	لا(٢)	لا	لا	لا

ملاحظات على الجدول: المقصود بـ «لا» عدم وجود علاقة بين معدل نشاط القلب والكف السلوكي، بينما تشير «نعم» إلى وجود علاقة جوهرية بينهما.

١- يشير حجم العينة إلى عدد الأطفال الذين تتوافر بيانات عن قياس معدل نشاط القلب لديهم، أما الأرقام فيما بين الأقواس، فتشير إلى الحجم الأصلي للعينة.

٢- قِيس نشاط القلب في أربع فترات زمنية في أثناء جلوس الأم والطفل معها في هدوء.

وأشـارت النتـائج إلى وجـود مـعـامـلات ارتبـاط دالة إحـصـائيّـا بين قياسات نشاط القلب في المراحل العمرية المختلفة، وكذلك بين قياسات التبـاين في هذا النشـاط عبـر تلك المراحل العـمـرية. غيـر أن ثبـات تلك القيـاسات، مـحسـوبا بأسلوب إعادة الاختبـار، جاء مـخيبا للآمـال، حيث كـان منخـفضا وغيـر جوهري. ومع ذلك فمعـامـلات الثبـات لم تكن أقل كـثيـرا، مـقـارنة بمثيلتـهـا التي وجدت عند المقـارنة بين درجـات الكف السلوكي عبر مدى عمري مكافئ (الجدول ٢ – ٢):

الجدول (٢ – ٢): ثبـات الاتسـاق عبـر الزمن لمقـاييس معـدل نشـاط القلب. مـعـامـلات الارتبـاط بين القـيـاسـات في عـمـر سـبـع سنوات ونصف، وواحـد وعشرين شهرا وأربع سنوات وخمس سنوات ونصف

درجات القياس في عمر سبع سنوات ونصف السنة	واحد وعشرون شهرا	أربع سنوات	خمس سنوات ونصف
الكف السلوكي	٠,٦٧	٠,٥٤	٠,٥٧
متوسط معدل نشاط القلب	٠,٦٢	٠,٥٦	٠,٥٨
التباين في معدل نشاط القلب	٠,٥٤	٠,٤٨	٠,٤٦

المصدر: (Kagan et al., 1988, P.1589)

وعلينا أن نعـي أن تلك النتـائج مـشـتـقـة من عـينات من الأطفـال الصـغـار، وعـادة مـا تكون المقـاييس الفسـيـولوجيـة في تلك السن المبكرة عـرضة لكثيـر من المشكلات المنهجية. وكذلك من الصـعب أن نتأكد من أن النشـاطات التي قام بهـا الأطفـال في المراحل العـمـرية المختلفـة هي أنشطة متكافئـة، ففي كل مـرة يتم فيـهـا القـيـاس، يتم اختيـار المهمات أو الأنشطة التـي تتـلاءم والمستـوى المعـرفي للطفل، وكذلـك تُصمَّم المواقف الاجـتـمـاعـيـة في كل مـرة من مـرات القـيـاس (أي في كل عـمـر) ليـواجـه الطفل فيها أشخـاصا أو أشياء غريبة أو غير مـألوفة بالنسبة إليه. ومن

هنا تنشأ صعوبة التأكد مما إذا كانت تلك المواقف – في المراحل العمرية المختلفة – متكافئة من حيث صعوبتها، أو مدى ألفة الطفل بالغريب الذي يتفاعل معه في كل مرة. ومما يزيد الموقف صعوبة وتعقيدا أن الأطفال أنفسهم ينمون ويتغيرون بسرعة خلال هذه المرحلة المبكرة من عمرهم. وكذلك فمن المحتمل أن الأطفال المكفوفين سلوكيا (الخجولين) ينمون بمعدلات مختلفة عن تلك التي ينمو بها أقرانهم غير المكفوفين سلوكيا. فكل منهم – ولا شك – سوف يتعامل بشكل مختلف مع ما يواجهه من ضغوط عند استقلاله الجزئي عن أسرته، ومواجهته عالمه الاجتماعي الأكثر رحابة، المتضمن أطفالا آخرين، وراشدين غير مألوفين له، كالمدرسين والمشرفين مثلا، وهو ما يعني أن نموه سيأخذ أشكالا مختلفة أيضا.

تمدنا الدراسات أيضا بكثير من النتائج عن مدى اتساق قياسات معدل نشاط القلب عبر المواقف المختلفة (الدراسات السابقة تمت عبر الزمن، وبالطبع اختلاف المواقف، أما تلك الدراسات فعبر مواقف مختلفة لنفس الأفراد)، حيث يُقاس هذا المعدل لدى عينة واحدة من الأطفال في عدد من المواقف التي تختلف من حيث صعوبتها، وفي مدى مشاركة الطفل في كل منها ونشاطه فيها. وتشير النتائج التي جرى الوصول إليها في هذا الصدد إلى وجود معاملات ارتباط مرتفعة، وهو ما يعني وجود قدر كبير من الثبات والاتساق بين قياسات نشاط القلب في كل تلك المواقف. وعندما تم ذلك على عينات من الأطفال في عمر الثالثة، تبين وجود معاملات ارتباط سلبية بين الكف السلوكي وكل من معدل نشاط القلب (متوسط عدد ضرباته)، وتباين هذا النشاط (الانحراف المعياري لمتوسط عدد الضربات). فالأطفال المكفوفون (الخجولون أو الأقل نشاطا) يتسمون بمعدل نشاط سريع للقلب، ويكون هذا المعدل السريع ثابتا لا يتغير، وهو ما يدل على زيادة في معدل نشاط الجهاز السمبثاوي لديهم. ففي أي عمر، عبر سنوات الطفولة، كانت معاملات الارتباط متوسطة، وتشير إلى أن ما بين ١١٪

و ٢١٪ من التبـاين في درجـات مـعدل نشـاط القلب يرجع إلى الفـروق الفردية في الكف السلوكي، في حين يرجع القدر الباقي من التباين إلى عوامل أخرى كثيرة منها أخطاء القياس.

وهناك كـذلك مـا يشـير إلـى أن عـلاقـة مـعدل نـشـاط القلب بالكف السلوكي تكون أكثـر قـوة عندمـا يكون الطفل بصـدد مـوقف مـواجـهـة وتحد، مقارنة بنشاطه عندما يكون وشأنه عند قياس خط الأساس.

وعلى الرغم من ذلك تبيَّن عدم وجود علاقة بين الكف السلوكي ومـعـدل نشـاط القلب لدى الأطفـال في عـمـر سبع سنوات ونصف السنـة، حـيث كـانت الارتبـاطات بينهـمـا - بشكل عـام – غـيـر دالة إحصـائيّـا. كذلك، وعلى الرغم مـن أن كـلا من مـعـدل نشـاط القلب والتبـاين في هـذا المعـدل، يمكن التنبـؤ – جـوهـريّا – بأي منهـمـا من درجـة كف الطفل المقيسـة وعـمـره واحـد وعشـرون شـهـرا، غـيـر أن معدل نشاط القلب من عمر سبع سنوات ونصف السنة لم يُتنبأ به من درجــات الكف السلوكي في أي من المراحل الـعـمـرية الثـلاث السـابقـة (واحـد وعـشـرين شـهـرا وأربع سنوات وخـمس سنوات ونصف السنة).

وعلى الرغم مـن أن النتـائج في مـجـملهـا تدعم حقيـقـة أن نشـاط الجهاز السـمبثـاوي يكون مـرتفعـا لـدى الأطفـال الخـجـولـين، فـإننـا لا نعرف لماذا تتنبأ درجة الكف السلوكي في مرحلة الرضاعة بنشاط القلب حـتـى ست سنوات فـقـط، وليس إلـى مـا هو أكـثـر مـن هذا. وكذلك أشار كيغان وزمـلاؤه (Kagan et al., 1988) إلى وجـود فروق بين مـسـتـويات الكورتيـزول Cortisol في لعـاب الأطفـال المكفـوفين سلوكيّا وغير المكفوفين، في عمر خمس سنوات ونصف السنة، غير أنه لم يتـبين وجـود فـروق بين المجـمـوعـتين في عـمـر سـبـع سنوات ونصف السنـة، فهل يعني ذلك أن ثمـة تغييـرا مـا يحدث في طبيـعـة الكف السلوكي (الخـجل) بعـد عـمـر الخـامـسـة، يضـعـف ارتبـاطه بالمقاييس الفسيولوجية؟

وتصبح الصورة أكثر تعقيدا، إذا وضعنا في الاعتبار ما توصلت إليه دراسات أخرى اهتمت بفحص العلاقة بين الكف السلوكي ومقياسين آخرين لمعدل نشاط القلب، حيث خلصت تلك الدراسات إلى عدم وجود ارتباطات جوهرية بين الكف السلوكي ومعدل نشاط القلب حتى لدى الأطفال الصغار. ففي دراسة تتبعية أجريت في جامعة «ميرلاند» بالولايات المتحدة الأمريكية (Calkins & fox 1992)، قِيس معدل نشاط القلب والتباين في هذا النشاط، لعينة من الأطفال في عمر يومين فقط، ثم عندما بلغوا خمسة أشهر، وعندما بلغوا أربعة عشر شهرا، وعندما بلغوا أربعة وعشرين شهرا. وكذلك قِيس الكف السلوكي لديهم وهم في عمر أربعة وعشرين شهرا. وأشارت النتائج إلى أن الكف السلوكي لم يرتبط بكل من معدل نشاط القلب وتباين هذا النشاط، في مختلف تلك الأعمار. وأشار كذلك مارشال وستيفنسون – هايند (Marshall &Stevenson - Hinde , 1998) إلى عدم وجود علاقة جوهرية بين الكف السلوكي ونشاط القلب لدى عينة من الأطفال عندما جرى القياس، وهم في الرابعة والنصف من عمرهم، وكذلك عندما بلغوا السابعة.

إن تلك النتائج لم تنجح في معرفة السبب الدقيق لضعف العلاقة بين الكف السلوكي ومقاييس نشاط القلب لدى الأطفال، عندما يصلون إلى سن المدرسة. واقترحت أنه ربما تؤدي زيادة النضج إلى إضعاف تلك العلاقة، سواء لأن هذا النضج – الحادث مع تقدم الطفل في العمر – يؤدي إلى مزيد من النمو في كل من الجهاز العصبي الطرفي، والجهاز العصبي المستقل، وهو ما يساعد الطفل على أن يصبح أكثر قدرة على تنظيم الذات، وأكثر قدرة على التحكم في ردود أفعاله الانفعالية، أو لأن هذا النضج يعني مزيدا من الارتقاء المعرفي الذي يؤدي بالطفل إلى أن يصبح أكثر ألفة وفهما لما يدور حوله من مواقف اجتماعية، ويمتلك المزيد من الاستراتيجيات التي تساعده على مواجهة تلك المواقف. ولا شك في أنه لا يمكن اعتبار أي من عدم الألفة أو الصعوبة، خاصية موضوعية للمواقف، بحيث يمكننا أن نقول إن إدراك الطفل لهما يتغير بزيادة العمر وزيادة الخبرة.

مقاييس النشاط الكهربائي للمخ خصوصا الجزء الأمامي الأيمن

أجرى فوكس Fox وزملاؤه سلسلة من الدراسات بغرض دراسة العلاقة بين نشاط الفص الجبهي لنصف المخ الأيمن، وردود الأفعال الانفعالية التي يبديها الفرد في المواقف الجديدة أو غير المألوفة، بما في ذلك مواقف التفاعل الاجتماعي مع الغرباء. وكان يتم في تلك الدراسات توصيل أقطاب كهربائية Electrode بمواضع محددة في فروة رأس الشخص، بحيث تكون تلك المواضع ممثلة لمناطق المخ الأمامية (الجبهية) والجدارية الخلفية. وتُؤخذ تقديرات الرسم الكهربائي للمخ لمدة لا تزيد على عدة دقائق، يكون المبحوث خلالها في كامل وعيه، وهو يشاهد – مثلا – منبهات على شاشة الحاسوب، وتُرسَل الإشارات الكهربائية الصادرة من المخ إلى أجهزة تكبير خاصة، وتُسجَّل إلى أن تُحلَّل بعد ذلك عن طريق الحاسوب. ويحسَب ما يسمى «قوة الكثافة» Power density داخل مدى من الذبذبات (طول الموجات) عادة ما يتراوح بين 1 و20 Hz (*) والمفترض أنه بانخفاض قوة الكثافة، فإن ذلك يعني زيادة في نشاط المخ، أي كلما كانت درجة قوة الكثافة قليلة، كان معنى ذلك أن المنطقة المقيسة في المخ في حالة من النشاط والاستثارة (Fox & David son, 1987)، وقد ركزت تلك الدراسات على اللاتماثل في النشاط والاستثارة بين نصفي المخ الأيمن والأيسر، وهو ما يعبر عنه عادة بمعادلة تُقارن فيها قوة الكثافة المسجلة لكل من نصف المخ الأيمن (R) والنصف الأيسر (L) ونصها كما يلي:

$$\text{اللاتماثل بين نصفي المخ} = \frac{\text{نشاط النصف الأيمن} - \text{نشاط النصف الأيسر}}{\text{نشاط النصف الأيمن} + \text{نشاط النصف الأيسر}}$$

وإذا كان ناتج هذه المعادلة قيمة موجبة (أكبر من الصفر)، فإن ذلك يعني وجود قوة أكبر نسبيّا في النصف الأيمن من المخ، وبالتالي نشاط أو استثارة أقل فيه.

(*) Hz: الهرتز، هي الوحدة الدولية لقياس التردد، وتحمل اسم الفيزيائي الألماني هاينريش رودولف هرتز [المحررة].

وأشارت الدراسات إلى أن استثارة ونشاط الجزء الأمامي الأيسر يرتبطان بمعايشة الفرد لانفعالات إيجابية، بينما يرتبط استثارة ونشاط الجزء الأمامي الأيمن بالانفعالات السلبية (Fox et al. 1995). ويصدق ذلك على الانفعالات المثارة في المواقف الاجتماعية. فقد درس فوكس وديفيدسون (Fox & Davidson,1987) استجابات عينة من الإناث عمر كل منهن عشرة شهور في أحد المواقف الغريبة عليهن. وكان الموقف التجريبي - موضع الدراسة - يمضي على النحو التالي: اقتراب شخص غريب من الطفلة في وجود الأم، عزل البنت عن الأم وأخذها بعيدا عنها، اقتراب شخص غريب من البنت في غياب الأم، وأخيرا عودة البنت إلى أمها. ولُوحظت تعبيرات وجوه البنات، وعدد آخر من السلوكيات المحددة مسبقا في كل موقف من تلك المواقف الأربعة. وكذلك أُجرى رسم كهربائي لنشاط المخ للبنات، في حالتين: عند توجه الأم صوب ابنتها والوصول إليها، وعند ابتعاد الأم عن الطفلة.

وتبين أن نشاط الجزء الأمامي الأيسر كان أكبر عند توجه الأم إلى ابنتها ووصولها إليها، وأن هذا الفعل ارتبط أيضا بمزيد من النطق (الهمهمة أو إخراج ألفاظ) من الطفلة، وبمزيد من تعبيرات الوجه السارة والدالة على البهجة. أما البنات اللاتي كن في حالة بكاء عند انفصال الأمهات عنهن، فقد أظهرن زيادة كبيرة في نشاط الجزء الأيمن، مقارنة باللاتي لم يكن في حالة بكاء عند انفصال الأم. وتبين أن كل الفروق ترجع إلى مناطق في الجزء الأمامي (الجبهي) من المخ، ولم تكن ثمة فروق في المناطق الخلفية (الجدارية).

وتوصل شميت وفوكس (Schmidt & Fox, 1996) إلى نتائج مشابهة على عينة من الأطفال الصغار، حيث أُجري لهؤلاء الأطفال رسم كهربائيّ لنشاط المخ عندما كانوا في عمر أربعة شهور، ثم لُوحظ سلوكهم وهم في عمر أربعة عشر شهرا. وتبين أن الأطفال المرتفعين في نشاط نصف المخ الأيسر، قد أظهروا استجابات

إيجابية أكثر نحو الغرباء. وكذلك كانت تقديرات أمهاتهم لهم أنهم أكثر اجتماعية، وذلك مقارنة بالأطفال المرتفعين في نشاط نصف المخ الأيمن.

وعلى عينة من الأطفال في عمر الرابعة، أجرى فوكس وزملاؤه (Fox et al.,1995) دراسة فُحصت فيها العلاقة بين النشاط الكهربائي للمخ، وبعض مظاهر ومؤشرات الكف السلوكي، حيث جرت ملاحظات مقننة للأطفال، وهم يشاركون في مواقف للعب تتضمن: زمن الإرجاء، أي طول الوقت المنقضي حتى أول مشاركة كلامية تلقائية من الطفل، والزمن الكلي لوقت الكلام، والزمن الكلي للنظر إلى الآخرين والحملقة فيهم من دون محاولة التواصل معهم، وبعض مؤشرات القلق مثل عض الأصابع والبكاء والصراخ. ولم يجرِ الرسم الكهربائي للمخ في أثناء مواقف اللعب، بل في جلسة مستقلة كانت بعد أسبوعين من جلسات اللعب، وكان يتم ذلك للطفل وهو يلعب على الحاسوب في حجرة هادئة. وأشارت النتائج إلى أن اللاتماثل بين نصفي المخ، محسوبا بالمعادلة، التي سبق الإشارة إليها، لم يرتبط جوهريّا بمظاهر ومؤشرات الكف السلوكي. ولكن عندما حُسِبت درجات النشاط الكهربائي لأجزاء مختلفة من المخ، وذلك بهدف تقسيم الدرجة الكلية لقوة الكثافة إلى مكونات، تحدد الإسهام الخاص بكل نصف من نصفي المخ على حدة في هذه الدرجة الكلية، ثم أُعيد حساب اللاتماثل بناء على تلك القيم الجديدة (المحدد فيها إسهام كل نصف على حدة)، أصبح الارتباط جوهريّا. وتبين كذلك أن نشاط نصف المخ الأيمن للطفل قد ارتبط جوهريّا بتقديرات الأمهات لمستوى خجل أطفالهن، وأن كلا من الاجتماعية والكفاءة الاجتماعية - المقدرة بناء على ملاحظة سلوك اللعب لدى الطفل - ارتبطت جوهريّا مع اللاتماثل بين نصفي المخ، سواء كان محسوبا بالمعادلة التقليدية، أو بالأسلوب الجديد الذي حُدِّد فيه الإسهام الخاص بكل نصف من نصفي المخ. ويشير مجمل نتائج تلك الدراسة إلى أن الأطفال الاجتماعيين لديهم استثارة أو نشاط جبهي أيسر أكبر من الأطفال غير الاجتماعيين.

وفي دراسة على أطفال أصغر، قاس كالكنز وزملاؤه (Calkins et al.,1996)النشاط الكهربائي للمخ لدى أطفال في عمر تسعة شهور، ثم قِيس الكف السلوكي لديهم وهم في عمر أربعة عشر شهرا. وكان قد جرى اختيار أطفال هذه العينة وهم في أربعة شهور، وفقا لحصولهم على درجات مرتفعة في النشاط الحركي والمزاج أو الوجدان الإيجابي Positive affect (والمؤشرعلى ذلك المناغاة أو الهمهمة أو النطق والابتسام) والمزاج أوالوجدان السلبي Negative affect (والمؤشر على ذلك كثرة الصراخ والبكاء والحركات المضطربة). أما الكف السلوكي الذي قِيس في عمر أربعة عشر شهرا، فقد جرى تقديره في ضوء زمن الإرجاء حتى النطق، والتوجه نحو لعب جديدة، والاقتراب من الأم، والمزاج أو الوجدان السلبي. وجرى تقدير سلوك الطفل في ثلاثة مواقف: في أثناء وجوده في حجرة غير مألوفة بالنسبة إليه، وفي أثناء وجود شخص غريب، وفي أثناء مواجهته لشيء جديد بالنسبة إليه. وأشارت تحليلات النشاط الكهربائي للمخ إلى أن الأطفال الذين أظهروا مستوى عاليا من النشاط الحركي والمزاج أو الوجدان السلبي، وهم في عمر أربعة شهور، كان الجانب الأيمن من أمخاخهم أكثر نشاطا واستثارة وهم في عمر تسعة شهور، وذلك مقارنة بأي من مجموعة المرتفعين حركيّا والمرتفعين في المزاج الإيجابي، أو مجموعة المنخفضين في ردود أفعالهم أو قليلي الحركة. وتبين كذلك أن النشاط الحركي المرتفع مع المزاج السلبي (العينة الأولى) قادر على التنبؤ جوهريّا بالكف السلوكي في عمر أربعة عشر شهرا، غير أن درجة الكف السلوكي لم ترتبط بقياسات النشاط الكهربائي للمخ. وتتسق تلك النتائج مع نتائج بحث سابق أوضحت أن مقاييس المزاج أو الوجدان، التي تُجرى في سن مبكرة جدّا، ترتبط بنشاط الجزء الجبهي الأيمن من المخ، وأنها تنجح في التوقع - جوهريّا - بالوجدان أو المزاج السلبي الذي سوف يتسم به الفرد في نهاية طفولته وبداية رشده. ويعني ذلك أن هناك أساسا بيولوجيّا للفروق الفردية في الاستعداد للإصابة والمعاناة من الانفعالات السلبية، ومن ضمنها القلق.

أما عن علاقة الخجل بنشاط نصفي الكرة المخية، فهناك دراسات أجريت على عينات من الراشدين، وتوصلت إلى نتائج مشابهة لتلك التي أجريت عن الكف السلوكي ونشاط نصفي الكرة المخية لدى الأطفال التي عرضنا لها منذ قليل، وذلك عند تقدير الخجل بمقياس «شيك – بص». فقد تبين أن الراشدين الخجولين يظهرون استثارة أكبر في الجانب الأيمن، مقارنة بالأقل خجلا. وتبين كذلك وجود فروق بين الخجولين والأقل خجلا في قوة نصف المخ الأيسر (Schmidt & Fox, 1994)، فالأفراد المرتفعون في كل من الخجل والاجتماعية كانوا أقل قوة (وبالتالي أكثر استثارة ونشاطا) في الجانب الأيسر، مقارنة بكل من الخجولين المنخفضين في الاجتماعية وغير الخجولين. والواقع أن تلك النتائج تتسق مع ما أشرنا إليه في الفصل الأول من أن الأفراد المرتفعين في كل من الخجل والاجتماعية هم أكثر الأفراد معاناة من صراع الإقدام – الإحجام للمواقف الاجتماعية، ذلك لأنهم يرون أن مشاركتهم للآخرين والتفاعل معهم تنطوي على تدعيم ومكافأة، وفي الوقت ذاته على تهديد وقلق وتوتر.

وكذلك فإن الفروق التي ثبت وجودها بين نصفي المخ، باستخدام الرسام الكهربائي لنشاط المخ، ظهرت أيضا في أبحاث استخدمت أساليب أخرى مثل التصوير العصبي للمخ. وتبين منها أنه عندما شاهد الأفراد مجموعة من الصور وحكموا عليها بأنها غير سارة، فإن الرسم بأشعة «البوزترون» (PET) أظهر نشاطا مرتفعا للأيض في نصف المخ الأيمن. أما الصور أو المنبهات السارة، فأثارت نشاطا مرتفعا للأيض في النصف الأيسر. وتبين أن الأفراد المرتفعين في القلق الذين شاهدوا صورا تثير الخوف، سواء من أشياء أو مواقف اجتماعية وأشخاص، أظهروا نشاطا أكبر في نصف المخ الأيمن. وعلى سبيل المثال فإن الأفراد الذين يعانون رهاب العناكب (الخوف المرضي من العناكب)، أظهروا نشاطا أكبر في نصف المخ الأيمن عندما شاهدوا صورا لعناكب (Davidson & Irwin, 1999).

المكون السلوكي للخجل Acting shy

أوضحنا في القسمين السابقين أن هناك دلائل على وجود فروق بين الخجولين والأقل خجلا، في إدراك كل منهم للمواقف الاجتماعية، وكذلك في ردود أفعالهم الجسمية في تلك المواقف. والآن نعرض للمكون الثالث للخجل وهو المكون السلوكي. فهل يسلك الخجولون بأساليب مختلفة عن الأقل خجلا؟ الواقع أن هناك قدرا قليلا من الاتفاق بين الباحثين بخصوص الإجابة عن هذا السؤال، فالبعض يرى أن الخجل هو في جوهره صمت وتحفظ، والبعض الآخر يرى أن المكونين المعرفي والجسمي هما اللذان يحددان الخجل. وفي واحدة من أوليات الدراسات الإمبريقية في هذا الموضوع خلص بيلكونز (Pilkonis, 1977) إلى أنه توجد فروق بين الخجولين في التوازن بين المكونين الجسمي والسلوكي للخجل. فبعض الخجولين يرى الخجل باعتباره القلق في المواقف الاجتماعية، بينما يراه البعض الآخر في سلوكهم على الرغم من المناسب، وأن هذا السلوك هو الذي يحدد خجلهم. ويعني ذلك أن الفروق في السلوك الظاهر ليست قادرة عادة على التمييز بين الخجولين وغير الخجولين، وذلك لأن هذا السلوك الظاهر - في رأي بعض الخجولين - لا يمثل لهم مشكلة، وأنهم على الرغم من خجلهم يمكنهم عدم إظهار أي علامات خارجية تدل على قلقهم، يمكن للآخرين ملاحظتها. فهم قادرون على أن يظهروا أمام الآخرين على أنهم متماسكون ومتزنون، بل وأكثر من ذلك على أنهم منبسطون ومنطلقون، غير أن ذلك ليس أكثر من مظهر خارجي كاذب يدارون خجلهم خلفه.

وسوف نرى في هذا الجزء إلى أي مدى يسلك الخجولون بشكل مختلف عن غير الخجولين، وأهم أشكال السلوك التي يظهر فيها هذا الاختلاف. ونحن نعرف من التقارير الذاتية للخجولين، ومن مسح ستانفورد، سبقت الإشارة إليه، أن الخجولين يقلقون من المواقف

الجـديدة أو من المواقف التي يظنون أنـهم سـوف يكونون مـوضع تقـيـيم الآخـرين فـيـهـا، وأنهم يفـضلون أن يبـقـوا فـي الخلفـيـة في المناسـبـات الاجتماعية، ويتـرددون ويضطربون إذا تكلمـوا أمـام جمـاعـة من الناس، ولا يعـرفـون ماذا يجب أن يقولـوا. وهذه التقـارير الذاتيـة من الخـجـولين عن أنفـسـهـم لا تخبـرنـا بما إذا كـانت مـلاحظتنا نحـن لسلوكـهم - ومن دون أن يخبروهم بها - سوف تكشف عن تلك الفروق أم لا. وكما أشرنا فـإن الخــجـولين ربما يعـتـقـدون أنهم يتـصـرفـون بشكل مـخـتلف عن الآخـرين، وهذا هو مـا يجـعلهم يطلقـون على أنفـسـهم أنهم خـجـولون. ولكننا في حاجة إلى أن نعرف ما إذا كان لهذا الاعـتقاد أسـاس واقعي، يمكن أن يتـرجم في شكل تصـرفـات على أرض الواقع. فمن المحتمل أن يتصـرف الخجـول بطريقة مماثلة - إلى حـد كبيـر أو قليل - لما يتصرف به أي شـخص آخـر. لقـد لاحظنـا أن الخـجـولين يميلون إلـى التـقــدير المنخفض لمهاراتهم الاجتماعيـة، مقارنة بتقديرات الآخـرين لها، ويميلون كذلك إلـى اعـتبـار أنفـسـهم أكـثـر عـصـبـيـة وتوترا، بـالمقـارنة بتـقـديرات الآخرين الذين يلاحظونهم (Bruch et al., 1989).

واعـتـمـدت دراسـات عـديدة على أسلوب الملاحظة المقننة، بهـدف الكشف عن الكيـفـيـة التي يسلك بهـا الخـجـولون وغيـر الخـجـولين في المواقف الاجـتـمـاعـيـة. وعـادة مـا تقـوم تـلك الدراسـات عـلى فـكرة أن يجمع البـاحـث عددا من المشـاركين في الدراسـة معـا، ليشكلوا جمـاعـة لا يعرف بـعضهم بعضا، ويُلاحَظ التفاعل بين هؤلاء الأفـراد أويطلب من أحــد الأفــراد أن يجـري مــحــادثة مع شــخص غــريب. وهنـاك دراسـات أخـرى اعـتمـدت على مـلاحظة الأفـراد في مـواقف طبيـعـيـة (خـارج الـعـمل)، من دون أن يعـرف المشـاركـون أنهم تحت المـلاحظة، كـأن تتم مـلاحظـة الأفـراد وهم يلعبـون معـا أو في أثـنـاء وجـودهـم في الفصل الـدراسي. وبعـد ذلك تُقـاس درجـة الخـجل لدى كل فـرد على حدة بواسطة اسـتبيانات مـلائمـة - على سبـيل المثال - ولا يكون لدى الملاحظ لسلوك الأفــراد في التــجــربـة أي فكرة عـن درجــة خــجل

الفرد، مقيسة بالاستبيان، حتى لا يتأثر في ملاحظته، ويكون متحيزا وغير موضوعي. وكذلك تتم التجربة، بحيث لا يعرف المشاركون فيها الهدف الأساسي منها، فهم لا يعرفون الهدف من مقابلتهم، ولا ما يريد الباحث قياسه، أو الذي يهدف إلى دراسته وقياسه لديهم على وجه التحديد. وفي مثل هذه التجارب التي يُدرَس فيها سلوك الأفراد في المواقف الاجتماعية، ربما يتم تصنيف ما يصدرون من سلوك في الحال. ويقوم بذلك الباحث أو الملاحظ الذي يراقبهم من وراء حاجز زجاجي لا يسمح إلا بالرؤية في اتجاه واحد، بحيث يراهم ولا يرونه، أو أن تُصوَّر استجاباتهم بالفيديو وتُدرَس وتُحلَّل بعد ذلك. وعادة ما يُزَود الملاحظ مسبقا بقائمة السلوكيات التي تجب عليه ملاحظتها، ويقوم بحصر عدد ما يصدره المشارك من كل منها في زمن محدد. وبعد ذلك تجرى المقارنات بين تلك السلوكيات التي لُوحظت لدى المشاركين الخجولين، والأقل خجلا. ومن أكثر أشكال السلوك التي يجري قياسها وملاحظتها في تجارب ودراسات الخجل السلوكيات المتعلقة بالكلام، مثل الوقت المنقضي قبل أن يصدر الفرد - محل الدراسة - تعليقه الأول في مناقشة جماعية مثلا (وهو ما يسمى زمن كُمون الاستجابة اللفظية الأولى)، وكذلك طول الزمن الذي كان الفرد خلاله متحدثا في موقف اجتماعي ما، وعدد الكلمات التي استخدمها في كل مرة يشارك فيها بالكلام. والمتوقع هنا أن الخجولين يكونون أكثر صمتا من غير الخجولين، وأقل مشاركة منهم في المناقشات الجماعية.

ولا يُكتَفى بملاحظة السلوك اللفظي فقط، بل تتم ملاحظة وحصر كثير من صور السلوك غير اللفظي، مثل اتجاه النظر، أي الاتجاه الذي ينظر فيه الفرد في أثناء موقف التفاعل الاجتماعي، وطول الزمن الذي كان فيه الفرد ناظرا إلى وجه من يحدثه. والمتوقع هنا أن الخجولين يقضون وقتا أقل في النظر إلى من يتحدثون معهم. والواقع أن توقيت النظر إلى الطرف الآخر في التفاعل يؤدي دورا مهما في مدى كفاءة

هذا التفاعل، وذلك لعدد من الأسباب؛ فموقف المحادثة يتضمن كلاما وإنصاتا من كلا الطرفين، والنظر إلى الطرف الآخر يساعدني على أن أعرف ما إذا كان المتحدث قد أنهى كلامه أم لا، ومن ثم أبدأ أنا في الكلام، وكذلك فإن النظر إلى المستمع يسمح للمتكلم بأن يعرف ما إذا كان كلامه - وما يضمنه من أفكار - قد وصل إلى المستمع أم لا، وتأثير ذلك عليه، ومن ثم يخطط المتكلم لحديثه القادم، وما يجب أن يقول، وكيف يقول. والمستمع ربما يبدي كثيرا من صور السلوك غير اللفظي للمتكلم، فقد يتواصل معه بالعين، أو يحملق فيه، أو ينكس رأسه، أو يهزه بشكل يعكس موافقته أو رفضه لما يسمعه، أو يبتسم أو يعبس ويقطب حاجبيه، أو يحمر وجه، أو يرفع حاجبيه، أو يضع يده فوق فمه، أو ينظر بعيدا في الأفق، أو يغلق عينيه أو يتثاءب، وغير ذلك كثير من صور السلوك غير اللفظي، التي تمثل علامات بصرية يمكن أن تؤثر في المتكلم، فهي تشكل الحالة التي يتلقى فيها المستمع رسائله، وبالتالي يعرف المتكلم من خلالها ما إذا كان عليه أن يستمر في الحديث بنفس المنوال أم يغير في ذلك بدرجة أو بأخرى، أم يجب عليه تغيير موضوع المحادثة واتجاهه تماما.

والأمر مشابه فيما يتعلق بطول الفترة الزمنية التي كان خلالها أحد طرفي موقف التفاعل ناظرا إلى الطرف الآخر، فمدى طول تلك الفترة يمكن أن يعبر عن كثير من اتجاهات هذا الطرف (الناظر) حيال الطرف الآخر. فالفرد الذي يميل إلى عدم النظر إلى شريكه في موقف المحادثة خلال التفاعل الاجتماعي، ربما يُفهم أنه غير مهتم بهذا الآخر أو بما يقول، أولا يشعر بالود تجاهه. وكذلك فالطريقة التي ينظر بها الفرد إلى الآخر في موقف التفاعل، يمكن أن تكشف لنا عن شخصية هذا الفرد. فالشخص الذي ينظر بتركيز وقوة هو في الغالب شخص واثق بنفسه، وجدير بالثقة ويمكن الاعتماد عليه. أما من يتجنب النظر إلى الآخر، أو ينظر إلى أسفل نحو قدميه، فهذا ربما يكون مؤشرا على الخجل، أو على الدهاء والمراوغة. ويكشف طول المدة

الزمنية التي ينظر خلالها كل من طرفي التفاعل، كل طرف إلى الآخر، عن طبيعة وقوة العلاقة بين هذين الطرفين ومدى حميميتها. ولا شك في أن ما يبديه الشخص الخجول من نظر قليل إلى الآخر يلقي بظلاله عن استمرار المحادثة وتطور العلاقة بينهما.

ومن دون الفهم الدقيق لتلك الوظائف المهمة للنظر، لن نستطيع فهم هذا الجانب المهم من السلوك بشكل واضح ودقيق. فقد أكد أزيندورف (Asendorpf, 1990 a , P.104) ضرورة التمييز بين نوعين من النظر: الأول هو تبادل طرفي أو أطراف الموقف النظر كجزء من عملية التفاعل الاجتماعي بينهما. أما في الثاني، فيحدث النظر دونما أي تفاعل اجتماعي، حيث لا يعدو الشخص أكثر من مجرد مشاهد لما يدور حوله، ومن بعد أو من مسافة آمنة. ويطلق البعض على هذا النوع من النظر «الانتظار والحوم حول المكان» Wait and hover. وهو ما أشارت دراسات عديدة إلى أنه خاصية تميز الخجولين من الرضع والأطفال الأكبر. وبشكل عام ربما يكون من الصعب التمييز بدقة بين الوظائف المختلفة للنظر، أو أن نعرف على وجه التحديد ما يهدف إليه الفرد من النظر إلى الطرف الآخر في موقف يجمعهما. وهذا هو ما يجعل تحديد صورة واضحة للفروق بين الخجولين والأقل خجلا في تلك الوظائف أمرا ليس باليسير. فالطفل الخجول عندما يطيل النظر إلى أحد الراشدين، ربما يكون هدفه من ذلك طلب المساعدة والإرشاد في موقف يشعر فيه بالحيرة أو عدم الفهم، ويكون هو نفسه أقل نظرا وتواصلا بالعين مع طفل آخر خلال أي نشاط يجمعهما معا. وعلى الرغم من أن هذا الطفل خجول، فإننا لو حسبنا متوسط زمن النظر لديه في الموقفين - ناظرا إلى الراشد طلبا للمشورة والتوجيه والمساعدة، وناظرا إلى طفل آخر في موقف يستدعي تفاعلهما - فسوف يكون المتوسط مرتفعا، بل وربما يكون أكبر منه لدى طفل آخر غير خجول.

وهنـــاك ظواهـــر سلوكيـــة أخـــرى ذات عـلاقة بالخجل، منها مـا أشـار إليـه بيلكونز (Pilkonis,. 1977b) وكـاردوتشي وفـيـبـر (Carducci & Webber, 1979)من أن الشـخص الخـجول يحـرص عادة على أن يبقى غير قـريب من الطرف الآخر، وأن تظل هناك مسافة ما بينهما. وكذلك فللخجولين أوضاعهم الجسمية المميزة حال وجودهم مع الآخرين، إذ عادة ما يبدون جامدين متخشبين، وفي وضع جسمي منغلق (يطوي الفرد ذراعيه، ويغلق بإحكام قبضتي يديه، ويضم رجليه معا بقوة)، أو كأن الفرد ينحى بجسمه بعيدا عن الآخر الموجود معه (Asendorpf, 1990a)، وأخيرا يتميز الخجولون بكثرة الحركات العصبية كالتململ، ولمس الوجه باليد، وإخفاء الوجه باليدين، والعض على الشفاة، والعض على الأنامل أو الأظافر، ولا شك في أن كل تلك السلوكيات قابلة للملاحظة والحصر الدقيق.

وقد يكون نمط الملبس الذي يتخذه الخجولون عاملا، إلا أن تلك الفرضية لم تخضع للبحث، ولا يوجد ما يؤيدها إمبريقيا. إن تحديد الشخص ما يرتديه هو - بلا شك - فعل اختياري. وسواء حدث هذا الاختيار بشكل شعوري أو لا شعوري، فإنه يكشف - إلى حد كبير - عن مدى ما يوليه الشخص لمظهره الخارجي من انتباه وتركيز. وهو ما يمكن أن يرتبط بالخجل، وذلك لأسباب عديدة. فنمط الملابس ربما يكون مؤشرا إلى شخصية الفرد، فمثلا، الفرد الذي يميل إلى ارتداء الملابس المزركشة، زاهية الألوان، أو غير التقليدية، أو التي تكشف كثيرا من جسده، أو تبرز عضلاته، هو شخص يسعى إلى جذب انتباه الآخرين. وكذلك فنمط زي الفرد ربما يدفع الآخرين ويحثهم على التفاعل معه، ومن ثم يُنشِّط تفاعلات الفرد الاجتماعية ويزيد من نطاقها. ومثل تلك الأنماط من الملابس لا يرتديها من يسعى إلى أن يظل في خلفية المشهد الاجتماعي،

أو يهرب من التفاعلات الاجتماعية، أو يحرص على تقليلها إلى أدنى درجة ممكنة. أضف إلى ذلك، أن المظهر الخارجي هو أحد المحددات الأساسية للشعور بالذات، ومن ثم ربما يؤدي إلى شعور الفرد بالارتباك، بل وبالخزي. فعلى سبيل المثال تبين أن أطفال المدارس يكشفون عن درجة عالية من التوتر والعصبية بخصوص المظهر الخارجي لآبائهم، وذلك عند زيارتهم المدرسة في اليوم الرياضي مثلا، ويتوجسون خيفة من الانطباع الذي سيتركه هذا المظهر لدى زملائهم. ولقد لاحظت أن معظم الخجولين حينما يرتدون المعاطف، يقفلون كل أزرارها حتى لو كان الجو حارا، وأنهم عادة ما يرتدون ملابس أكثر مما يجب. بينما يميل الأفراد الأقل خجلا إلى ارتداء ملابس بسيطة وخفيفة، وربما يرتبط هذا النمط، من ملبس الخجولين وزيهم، بنزعتهم المرتفعة إلى الانغلاق والتخفي والانزواء - بدنيا - بعيدا عن الآخرين.

الدراسات الإمبريقية

تتوافر العديد من الدلائل الإمبريقية على وجود فروق بين الخجولين وغير الخجولين في كثير من المظاهر السلوكية، سواء لدى عينات من الأطفال أو من الراشدين(Asendorpf,. 1990 a)، وسوف نركز هنا على اثنين فقط من تلك المظاهر السلوكية هما السلوك اللفظي (لأن الصمت عادة يعتبر مظهرا أساسيا من مظاهر الخجل)، والتواصل بالعين مع الطرف الآخر في موقف التفاعل. ويلخص الجدول (٢- ٣) أهم النتائج في هذا الصدد. وقد أجريت تلك الدراسات على عينات من الأطفال في مراحل عمرية مختلفة، وكذلك على راشدين من طلبة الجامعة. واشتملت تلك الدراسات على ملاحظة مقننة ومنظمة للسلوك.

كانت تلك الفروق أكثر وضوحا لدى الإناث فقط، وبخاصة في حالة تقدير خجلهن بالاعتماد على آراء الوالدين، وكانت أقل ما تكون لدى الذكور، وبخاصة الذين تم تقدير مستوى خجلهم بالاعتماد على آراء المدرسين.

الجدول (٢-٣): دراسات مختارة عن سلوكيات الكلام والنظر لدى الخجولين اعتمدت على أسلوب الملاحظة المنظمة للسلوك

الدراسة	العمر	حجم العينة	الموقف	مقياس الخجل المستخدم	ارتبط الخجل بـ:
شيك وبص، ١٩٨١	راشدون	٤٠	محادثة بين شخصين	مقياس شيك - بص للخجل	قلة الوقت، سواء المستغرق في الحديث مع الطرف الآخر، أو المستغرق في النظر إليه في أثناء المحادثة
إيفانز، ١٩٨٧	أطفال في دور الحضانة	١٤	تفاعل في الفصل الدراسي في نشاط يتطلب تقاسم الوقت	تقدير للصمت بالاعتماد على أسلوب الملاحظة	انخفاض عدد الموضوعات التي تحدث فيها الطفل، وانخفاض الكلمات لكل موضوع تحدث فيه، وانخفاض متوسط طول مدة النطق أو التلفظ، وانخفاض نسبة الكلمات الدالة على المبادأة بالتفاعل
أيزنبرغ وزملاؤه، ١٩٩٨	٧,٥ سنة ٩ سنوات	٨٢ ٧٧	مواقف لعب حر مقابلة شخص غريب	تقدير الخجل بواسطة الآباء والمدرسين	(١) كثرة المشاهدة من دون تفاعل والسلوك الفردي وقلة تبادل الحديث (٢) طول زمن الإرجاء (المدة من بدء المقابلة حتى أول نطق للطفل أو أول كلام أو تعليق يصدر منه تلقائيا) - قلة عدد التعليقات التلقائية (*)

تابع الجدول (٢- ٣):

الدراسة	العمر	حجم العينة	الموقف	مقياس الخجل المستخدم	ارتبط الخجل بـ :
كيغان وزملاؤه، ١٩٨٧	٥,٥ سنة	٦٠	التفاعل مع الباحث	دليل الكف السلوكي في عمره ٢,٥ سنة	طول زمن الإرجاء، سواء للتعليق الأول، أو التعليق الثاني، وقلة عدد التعليقات
ريزنيك وزملاؤه، ١٩٨٦	٥,٥ سنة	٤٦	الملاحظة في أثناء اللعب بالمدرسة	دليل الكف السلوكي في عمر ٢١ شهرا	انخفاض إجمالي التفاعل الاجتماعي وانخفاض الكلام انخفاض النظر للطرف الآخر
كيغان وزملاؤه، ١٩٨٨	٧,٥ سنة	٤١	التفاعل مع الباحث	دليل الكف السلوكي في عمر ٢١ شهر	طول زمن الأرجاء لستة تعليقات تلقائية وقلة عدد التعليقات التلقائية وقلة زمن الكلام مع الطرف الآخر
أزندورف، ١٩٩٠ (ب)	٤ -٨ سنوات	٩٩	١- تفاعل مع غريب ٢- لعب حر مع طفل غير مألوف ٣- لعب حر في المدرسة	تقديرات الوالدين لكف الطفل عمر أربع سنوات	١- طول زمن الإرجاء حتى صدور أول كلام موجه للغريب ٢- طول زمن الإرجاء حتى ظهور أول اهتمام أو اعتبار للآخر ٣- معدل مرتفع من سلوك «الانتظار - الحوم»

تابع الجدول (٢- ٣):

الدراسة	العمر	حجم العينة	الموقف	مقياس الخجل المستخدم	ارتبط الخجل بـ :
أزندورف، ١٩٩١	٤ - ٨ سنوات	٨٧	لعب حر مع طفل آخر	تقديرات الوالدين لكف الطفل في عمر أربع سنوات	طول فترة الإرجاء حتى ظهور أول اهتمام أو اعتبار لشريك اللعب، سواء كان هذا الشريك أصغر عمرا منه، أو مماثلا له في العمر
أزندورف، ١٩٨٧	٤ سنوات	(١) ٨٧ (٢) ٧٩	تفاعل مع غريب. لعب حر في الفصل الدراسي	تقديرات الآباء لخجل الطفل مع الغرباء	(١) طول الزمن الكلي للصمت وكثرة عدد مرات الصمت (٢) كثرة سلوك «الانتظار - الحوم»
أزندورف ومير، ١٩٩٣	تلاميذ في الصف الثاني الابتدائي	٤١	تصرفات الطفل في مواقف طبيعية: أ . داخل المدرسة ب . خارج المدرسة	تقديرات الوالدين لخجل الطفل	أ- قلة الكلام سواء عند دخول المدرسة، أو في الفسحة، أو عند المغادرة، أو في أثناء الحصص ب- قلة الكلام في المواقف غير المألوفة
بروش وزملاؤه، ١٩٨٩	راشدون	٨٤	محادثة مع طرف من الجنس الآخر	مقياس شيك - بص للخجل	قلة عدد مرات الكلام وزيادة علامات القلق وتجنب النظر في وجه الطرف الآخر

ولعل مواقف اللعب هي أكثر المواقف التي تمت فيها ملاحظة سلوك الأطفال، سواء أكان الطفل يلعب مع طفل واحد فقط، أم مع عدد من الأطفال، وسواء أكان ذلك في موقف مصطنع في معمل علم النفس، أم في سياق مواقف طبيعية. وتمت كذلك ملاحظة سلوك الأطفال في مواقف غريبة بالنسبة إليهم، وذلك عندما يصطنع الباحث موقفا تجريبيا يتفاعل فيه الطفل مع أحد الغرباء (عادة ما يكون من طرف الباحث، وينفذ سيناريو محددا متفقا عليه مع الباحث). وعلينا ملاحظة أن معظم تلك الدراسات هي جزء من برنامج بحثي، هدف إلى دراسة كف السلوك كأحد أبعاد الحالة المزاجية للأطفال. وكان يُحدِّد فيها ما إذا كان الطفل يعاني كف السلوك أم لا، بناء على تقديرات الملاحظين لسلوكه في المواقف الغريبة عنه، وكذلك باستخدام مقاييس لسلوكه اللفظي وغير اللفظي. وعلى سبيل المثال، فمؤشر الكف السلوكي المستخدم في تحديد درجة كف السلوك لدى الطفل في عمر واحد وعشرين شهرا، والمستخدم في دراسات جامعة هارفارد، هو محصلة عدد من السلوكيات الملاحظة، تتضمن طول فترة الإرجاء حتى صدور أول تفاعل مع راشد غير مألوف، وفترات الصمت أو توقف الطفل عن النطق عند وجوده مع راشد (Garcia- Coll et al., 1984)، وكذلك فإن مؤشر الكف السلوكي في الدراسة التتبعية التي أجراها كالكنز وزملاؤه(Calkins et al, 1996) يتضمن طول فترة الإرجاء حتى النطق. وبالطبع وُضعت تلك المقاييس في ضوء التعريف الخاص الذي يتبناه الباحث للخجل ومظاهره في عمر معين. وهنا يثار السؤال التالي: هل تلك المقاييس أو مؤشرات الكف السلوكي التي وضعت لقياس كف الطفل في عمر معين وفي موقف ما، قادرة على التنبؤ بسلوك الطفل في مواقف مختلفة؟ فعلى سبيل المثال، هل سلوك الطفل في وجود راشد غير مألوف له يمكن أن يتنبأ بسلوك هذا الطفل عند وجوده مع طفل آخر غير مألوف له، أو عند وجوده مع طفل مألوف له؟ لقد أجرى أزيندورف(Azendorpf, 1993 P.1071) دراستين يمكن أن تساعدنا نتائجهما على الإجابة عن هذا التساؤل، إذ

خلص الباحث إلى أن الخجل مع الغرباء لا يرتبط بالخجل مع الأقران المألوفين، وأن الخجل لا يرتبط بالمستويات المنخفضة من الكلام، إلا في حالة التحدث مع غرباء، إذ لا يوجد فرق في الكلام بين الأطفال الخجولين والأقل خجلا، عند الحديث مع آخر، بشرط أن يكون هذا الآخر مألوفا للطفل.

وبالإضافة إلى ذلك، فقد لفت أزيندورف ومير (Asendorpf & Meier, 1993) الأنظار إلى ضرورة التفرقة بين رد فعل الطفل في موقف محدد (على وجه الخصوص موقف تجريبي يصطنعه الباحث بحيث يدرك الطفل فيه أنه يواجه تحديا ما)، وبين سلوكه الطبيعي التلقائي في سياقات ومواقف الحياة اليومية. ففي مواقف الحياة الطبيعية، سوف تؤثر خصائص شخصية الطفل في الموقف الذي يواجهه، والذي يحاول الطفل فيه إما المشاركة والتفاعل، وإما التحاشي والانسحاب. ففي هذه المواقف لا يكون الطفل الخجول سلبيا تماما، بل يسعى إلى إدراك الموقف وتناوله، بحيث يجعله مريحا ومقبولا قدر الإمكان. وعلى سبيل المثال، فربما يحاول الاقتراب من قائد موقف اللعب، أو البحث عمن يألفهم ليشاركوه اللعب، أو يشترك متطوعا وبكامل إرادته في أنشطة يمكنه من خلالها جذب انتباه الآخرين. وهناك أدلة إمبريقية تدعم الرأي القائل إن السلوك التلقائي للطفل في مواقف الحياة اليومية يختلف عنه في المواقف الأكثر تقييدا. ففي إحدى الدراسات تمت المقارنة بين سلوك الأطفال في سياق موقف مقيد أو ملزم (سياق المدرسة) وسلوكهم في مواقف تسمح لهم بحرية اختيار ما يمارسونه من أنشطة. وتم تسجيل النشاط اللفظي للأطفال في فترات معينة من اليوم، وذلك لمدة استغرقت عدة أيام، سواء وهم في المدرسة صباحا، أو مساء، عندما يكونون أحرارا في اختيار ما يروق لهم من أنشطة، وذلك عن طريق جهاز حاسوب بالغ الصغر، يحمله الطفل معه أينما كان، ويسجل كل ما يتلفظ به الطفل. وأشارت النتائج إلى أن الأطفال الخجولين يتحدثون أقل - بصورة جوهرية - مقارنة بالأطفال غير الخجولين، وذلك في سياق

المدرسة، سواء في أثناء الحصص الدراسية، أو في الفسحة، أو في أوقات ما بين الحصص، وأن تلك الفروق كانت أكثر وضوحا في الدقائق العشر التي تسبق أول حصة. أما في المساء، فإن الأطفال الخجولين يتكلمون أقل عندما يكونون في مواقف غير مألوفة لهم فقط، بينما لا يوجد فرق بينهم وبين غير الخجولين في معدل الكلام في الأماكن المألوفة.

وتشير النتائج المعروضة في الجدول (2 - 3) إلى أن الأطفال الخجولين لا يختلفون في الكلام عن الأطفال غير الخجولين، إلا عند وجودهم في مواقف اجتماعية جديدة وغير مألوفة.

ففي تلك المواقف يتخذون موقف المشاهد، ويكونون أبطأ في بدء الكلام مع الطرف الآخر، أوالتساؤل عن أي شيء يعن لهم، في حين أن أقرانهم غير الخجولين يلعبون ويتفاعلون بتلقائية. وبشكل عام، فالأطفال الخجولون يتكلمون أقل مقارنة مع الأطفال الآخرين. ويتضمن موقف التفاعل الاجتماعي الذي يشاركون فيه كثيرا من فترات الصمت. وعندما يتحدث الطفل الخجول أمام مجموعة من الأطفال مثل زملائه في الفصل الدراسي ليخبرهم بشيء ما، فإن كلامه يكون قليلا، ولا يدور إلا عن عدد قليل من الأفكار، ويستخدم الطفل مقاطع وجملا لفظية قصيرة. وعندما يشترك في نشاط ما، فإنه يميل إلى مجرد تقديم وصف موجز للأشياء الموجودة، أكثر من ميله إلى الحكي والسرد، وجعل كلامه مع الآخر أكثر تنوعا وثراء (Evan, 1987).

ولا تختلف الحال عند تفاعل الطفل الخجول مع راشدين غرباء أو غير مألوفين له، عنه عند تفاعله مع الأطفال، حيث يكشف أيضا عن كثير من التردد والصمت. فقد أشارت الدراسات إلى أن الطفل الخجول عند تفاعله مع راشد غير مألوف له، يأخذ وقتا أطول حتى ينطق بأول جملة له، ونادرا ما يصدر سلوكا لفظيا تلقائيا يعكس المبادأة خلال موقف التفاعل. وعلى سبيل المثال، فالأطفال المرتفعون في الكف السلوكي (الخجل) في عمر سبع سنوات ونصف السنة، احتاجوا إلى سبع

وعشرين دقيقة حتى تمكنوا من تحقيق عدد محدد من التعليقات اللفظية التلقائية، خلال تفاعلهم في إحدى جلسات الاختبار مع إحدى السيدات، في حين تطلب ذلك إحدى عشرة دقيقة فقط من أقرانهم الذين لا يعانون الكف السلوكي Kagan et al, p., 1988. وتبين كذلك أن تقديرات الملاحظين لدرجة خجل الطفل تتأثر بشدة بنمط كلامه، حيث وجد أزيندورف (Asendorpf, 1987) أن تقديرات الخجل لأطفال في الرابعة من العمر، ارتبطت إيجابيا بكل من الزمن الكلي الذي كان خلاله الطفل صامتا، ومتوسط طول زمن الصمت، وارتبط سلبيا بمتوسط زمن الكلام.

أما بخصوص سلوكيات النظر إلى الطرف الآخر في موقف التفاعل والتواصل بصريًا معه، فإنها لم تلق اهتماما مماثلا لسلوكيات الكلام، حيث لم تهتم الدراسات هنا إلا بقياس سلوك المشاهدة أو ما يسميه البعض «الانتظار- الحوم»، سواء في مواقف اللعب، أو في مواقف التعامل مع غرباء. وعند قياس النظر إلى الباحث في مواقف تجريبية، كانت الفروق بين الأطفال الخجولين والأطفال الأقل خجلا ضعيفة ومبهمة. وربما يرجع ذلك إلى أننا لا نعرف - على وجه الدقة - ما إذا كان الطفل الخجول لا ينظر إلى الباحث، لأنه ينتظر منصتا ومترقبا لسماع مزيد من التعليمات والإرشادات لما يجب أن يفعل، أو أنه يفعل ذلك ليتجنب النظر في عين الباحث؟ وربما كان هذا تفسيرا لما توصلت إليه دراسة ريزنيك وزملائه (Reznick et al., 1986)، ودراسة أزيندورف (١٩٨٧) من عدم وجود أي ارتباطات جوهرية بين مقاييس الكف السلوكي أو الخجل من ناحية، ومعدل التحديق والنظر إلى راشد من ناحية أخرى.

ومقارنة بدراسة الأطفال، فإن الدراسات القائمة على أسلوب الملاحظة المنظمة للسلوك الاجتماعي للراشدين تعتبر قليلة. وفي دراسة لبيلكونز (Pilkoniz, 1977b) لُوحظ وحُلِّل سلوك عينة من طلبة الجامعة من الخجولين وغير الخجولين، وذلك عند التحادث مع طرف آخر من الجنس المقابل. وتبين أن الخجولين كانوا أبطأ في أول مبادأة لهم، وأن النسبة المئوية لزمن كلامهم كانت أقل، وأن محادثاتهم تضمنت

صمتا أكثر (فترات توقف تام في الحوار، يزيد طول الفترة على عشر ثوان)، وكذلك كانوا أقل في سعيهم إلى كسر هذا الصمت والحرص على استمرار المحادثة وانطلاق الحديث. إلا أنهم عندما يتكلمون، فإن طول الجملة المنطوقة لا يختلف عنه لدى الطلاب الأقل خجلا. وأشارت نتائج تلك الدراسة أيضا إلى عدم وجود فروق جوهرية بين الخجولين وغير الخجولين في مقاييس النظر إلى الطرف الآخر في المحادثة، إلا أنه يُلاحَظ أن تلك المقاييس تتأثر بنوع الجنس. إذ تبين أن الذكور الخجولين هم الأقل نظرا إلى الطرف الآخر، وأن الذكور غير الخجولين هم أكثر المجموعات نظرا. أما الإناث، سواء كن من الخجولات أو من غير الخجولات، فينظرن إلى الطرف الآخر في التفاعل مدة أقل من الذكور غير الخجولين، وأطول من الذكور الخجولين، وهو ما يعني أن الإناث - بشكل عام - يتواصلن بالعين مع الطرف الآخر مدة أطول من الذكور.

وعلى عينة من طالبات الجامعة، أجرى شيك وبص (Cheek & Buss, 1981) دراسة جرت فيها ملاحظة وتحليل كل من سلوكيات الكلام، وسلوكيات النظر. وعلى الرغم من أن كل عينة الدراسة كانت من الإناث، فإن الطرف الآخر في مواقف المحادثة كان في بعض الحالات من الإناث، وفي البعض الآخر من الذكور. وأشارت النتائج إلى أن الإناث الخجولات يتكلمن زمنا أقل جوهريا من الإناث غير الخجولات، وكذلك فإنهن ينظرن إلى وجه الطرف الآخر في المحادثة وقتا أقل جوهريا مقارنة بغير الخجولات. وكانت الفروق في سلوك النظر أكثر وضوحا لدى مجموعة الطالبات المرتفعات في كل من الخجل والاجتماعية.

وكذلك وجد بروش وزملاؤه (Bruch et al., 1989) أن الأفراد الخجولين، سواء من الذكور أو الإناث، يتكلمون أقل من غير الخجولين خلال المحادثة مع شخص من الجنس المقابل. هذا ولم يكن النظر إلى الطرف الآخر هو الاهتمام الأساسي لهذه الدراسة، بل كان تجنب النظر إلى الآخر واحدا من ثلاثة عشر مظهرا سلوكيّا قِيست في تلك

الدراسة، باعتبارها مؤشرا إلى القلق في موقف التفاعل الاجتماعي. وتبين أن الخجولين كانوا أعلى جوهريّا على الدرجة الكلية لهذا المؤشر، وذلك بصرف النظر عن الجنس (بصرف النظر عما إذا كان الخجول ذكرا يتحادث مع أنثى أو أنثى تتحادث مع ذكر). وتبين كذلك أن تجنب النظر إلى الطرف الآخر في المحادثة ارتبط بالمظاهر السلوكية الأخرى المعبرة عن القلق في موقف التفاعل الاجتماعي.

وتتسق نتائج تلك الدراسات مع مثيلتها التي أجريت على عينات من الأطفال، فجميعها يدل على أن الأفراد الخجولين أكثر ترددا في الكلام، وأكثر ميلا إلى الصمت عند الوجود مع شخص غير مألوف بالنسبة إليهم. ولكن عند المقارنة بين الخجولين وغير الخجولين في الكم الكلي للكلام في أثناء المحادثة، تبين أن النتائج متناقضة إلى حد كبير. أما بخصوص العلاقة بين الخجل وتجنب التحديق في الطرف الآخر، فالنتائج متسقة بخصوص الراشدين، ولكنها أقل اتساقا بالنسبة إلى الأطفال. وهو ما يعني أن تلك العلاقة ربما تتأثر بعمر الشخص الخجول أكثر من تأثرها بطبيعة موقف التفاعل. وكما ذكرنا من قبل، فإن النظر إلى الطرف الآخر يؤدي دورا مهما في المحادثة. وعلى الرغم من ذلك فإن الدراسات التي اهتمت بدراسة المحادثة بين ثنائيات من الأطفال كانت قليلة، مقارنة بتلك التي اهتمت بملاحظة سلوكهم، خصوصا عند وجودهم مع راشدين غير مألوفين لهم.

الفروق بين الجنسين في الخجل Gender differences

تشير الدراسات إلى أن نوع الجنس يعد عاملا مهمّا في الفروق بين الخجولين والأقل خجلا. فقد وجد «بيلكونز» (Pilkonis, 1977a) عند دراسته لكل من سلوكيات الكلام وسلوكيات النظر في أثناء التفاعل الاجتماعي، أن الفروق بين الرجال الخجولين والرجال غير الخجولين، كانت أوضح من تلك التي ظهرت بين السيدات الخجولات وغير الخجولات. فالرجال الخجولون أبطأ في بدء الكلام (زمن الإرجاء

أطول)، ويتكلمون أقل في محادثاتهم، بينما كان الرجال غير الخجولين أقل المجموعات ترددا وصمتا، وأكثرهم كلاما. وتبين أن الرجال الخجولين هم أقل المجموعات نظرا إلى الطرف الآخر في الموقف، بينما كان الرجال غير الخجولين أكثر المجموعات نظرا وتواصلا بالعين. أما بروش وزملاؤه (Bruch et al., 1989)، فقد وجدوا أن النساء غير الخجولات هن أقل المجموعات درجة على مؤشر تجميعي لقياس القلق في أثناء التفاعل الاجتماعي، بينما لم توجد فروق جوهرية بين المجموعات الثلاث الأخرى، وهي النساء الخجولات والرجال الخجولين والرجال غير الخجولين. وقرر الرجال الخجولون أنهم عانوا أفكارا سلبية متعلقة بالذات في أثناء موقف المحادثة، وكانوا في ذلك أعلى جوهريًّا مقارنة بالمجموعات الثلاث الأخرى. وعلى النقيض من نتائج دراسة «بيلكونز»، فقد أشارت نتائج دراسة بروش وزملائه هذه إلى أن الفروق بين الخجولين وغير الخجولين في الكلام لا تتأثر بنوع الجنس (ذكور، إناث)، إذ تبين أن الخجولين، سواء من الرجال أو النساء، يتكلمون أقل من غير الخجولين.

ويبدو أن الرجال الخجولين يواجهون مشكلات وصعوبات عند تحادثهم مع النساء، أكثر جوهريا من تلك التي تواجهها النساء الخجولات عندما يتحدثن مع الرجال. فقد وجد بيلكونز (Pilkonis, 1977b) أن الخجل يكشف عن نفسه لدى السيدات في صورة يغلب عليها رد الفعل (كأن تنكس رأسها قليلا وتبتسم)، ذلك لأن التقاليد والأعراف الثقافية تجعل المرأة أقل إدارة أو تحكما في الموقف، وأقل توكيدا للذات في مثل تلك المواقف الاجتماعية. أما الرجل، فالمتوقع منه أن يكون هو البادئ دائما أو الآخذ بزمام الأمور. ومن ثم، فإذا كان خجولا، فإن خجله سوف يؤثر سلبا في قدرته على أخذ المبادرة والبدء في التفاعل، فهناك توقعات اجتماعية للأدوار التي يجب أن يقوم بها كل من الرجل والمرأة في موقف التفاعل الاجتماعي، على الرغم من أن تلك التوقعات ربما تختلف من طبقة اجتماعية إلى أخرى، ومن مكان

إلى آخر داخل المجتمع الواحد. وعلى سبيل المثال، فطلاب وطالبات الجامعة المشاركون في الدراسات التي عرضنا لها هنا، هم في مرحلة عمرية يكون الفرد فيها منشغلا كثيرا بالبحث عن شريك للحياة، ومن ثم فإن مدى جاذبيته لدى الجنس الآخر أحد الأشياء التي يهتم بها كثيرا، وهو ما يجعل نمط التفاعلات الاجتماعية بين الأفراد في هذه المرحلة العمرية يأخذ شكلا مختلفا - بدرجة أو بأخرى - عما قد يوجد لدى الراشدين الأكبر عمرا. ومن هنا نظل في حاجة إلى أن نعرف ما إذا كانت النتائج التي خلصت إليها تلك الدراسات قابلة للتكرار، إذا أجريت على عينات من الراشدين الأكبر عمرا، أو على أفراد يعرفون بعضهم بعضا أكثر، أو تربطهم علاقات اجتماعية مختلفة عن تلك التي تربط هؤلاء الطلبة بعضهم ببعض.

وعلى أي حال، تشير النتائج في مجملها إلى وجود فروق بين الجنسين في أساليب الكلام، فالذكور - بشكل عام - يتكلمون أكثر في المواقف العامة مثل الفصول الدراسية، والمقابلات والاجتماعات والمؤتمرات. وتشير تانن (Tannen, 1992, P.77) إلى أن الكلام يقوم بوظائف تختلف لدى المرأة عنها لدى الرجل، إذ تقول:

«بالنسبة إلى معظم النساء، فإن لغة المحادثة هي في الأساس لغة لإقامة صلات تنهض على الوئام والألفة، فهي وسيلة لتكوين العلاقات وتقوية الأواصر، ويكون التأكيد لديهن على إظهار التشابه والتماثل في الخبرات مع من تتحدث إليه المرأة. أما بالنسبة إلى معظم الرجال، فالكلام في الأساس هو وسيلة للحفاظ على الاستقلالية والتفاوض والدفاع عن المركز الاجتماعي وحمايته. ويتم ذلك من خلال إظهار الرجل معارفه ومعلوماته ومهاراته، ومحاولته الإمساك بزمام الحديث من خلال سرده القصص، أو إلقاء النكات، أو المعلومات».

وإذا كانت للكلام وظائف مختلفة بالفعل لدى الرجل والمرأة، فلن يكون غريبا أن يكون تأثير الخجل في الرجل مختلفا عنه في المرأة. ولما كان الخجولون يتشككون في قدرتهم على الأداء بمهارة في المواقف

الاجتماعية، فيمكننا أن نستنتج أن من يحتاج أكثر إلى الأداء بمهارة في المواقف الاجتماعية (الرجال غالبا) هو الذي سوف يتأثر أداؤه سلبيا أكثر إذا عانى الخجل.

وكذلك فإن أسلوب لغة المرأة وكلامها يمكن أن يؤدي إلى الخجل، خصوصا في المواقف العامة. وقد ضربت تانن (المرجع السابق، ٨٧) مثلا لذلك بسيدة كانت أكثر كلاما من زوجها في المنزل، إلا أنها تتحول إلى شبه خرساء معقودة اللسان حينما تذهب - مثلا - إلى اجتماع مجلس الآباء في مدرسة ابنها، أو حفلة تقيمها مدرسته. إذا تصبح صامتة، مع وعي شديد بردود الفعل السلبية التي ربما يبديها الآخرون على أي شيء يمكن أن تقوله، وبكل الأخطاء التي يمكن أن تقع فيها إذا حاولت أن تتكلم أو تعبر عن أفكارها. وإذا استجمعت شجاعتها واستعدت لأن تقول شيئا ما، فإنها تحتاج إلى وقت ليس بالقليل لكي تصوغ كلماتها. إنها لا تستطيع أن تقف وتنطلق في الحديث مثلما يفعل زوجها وغيره من الرجال في هذه المواقف.

وربما يمارس نوع الجنس تأثيرا في الخجل بطرق أخرى. فإذا كان الفرد معتادا على مواجهة الخجل والتوافق معه عن طريق الصمت وعدم توكيد الذات، فإنه سوف يعاني كثيرا من التوتر والاضطراب إذا واجه موقفا يحتم عليه توكيده لذاته. ولما كانت التقاليد والأعراف الثقافية تلزم الرجل وتجبره على أن يكون أكثر توكيدا لذاته من المرأة في مواقف معينة، فإن الخجل سوف يؤثر سلبا في الرجل أكثر من تأثيره السلبي في المرأة في مثل هذه المواقف. والحب والزواج مثال واضح على ذلك. فهناك دليل من الدراسات التتبعية التي بدأت على أطفال من الجنسين، واستمرت تتابعهم إلى أن أصبحوا أزواجا وزوجات، على أن الرجال الخجولين يتزوجون في سن متأخرة مقارنة بالرجال الأقل خجلا (الفرق حوالي ثلاث سنوات)، بينما لا يوجد هذا الفرق في متوسط سن الزواج بين السيدات الخجولات وغير الخجولات (Caspi et al., 1988). وتتسق

هذه النتائج مع فكرة أن العثور على شريك الحياة وتكوين علاقة وثيقة دائمة معه، تختلف لدى الرجل عنها لدى المرأة، ويحتاج من كل منهما إلى متطلبات مختلفة.

إن القول بأن الفروق بين الجنسين هي ظاهرة عامة، توجد في كل زمان ومكان، يعني ضمنيّا أننا لا بد من أن نجد فروقا بينهما في الخجل منذ سنوات الطفولة، وذلك لأن أدوار الجنس يتم اكتسابها وتعلمها في هذه المرحلة العمرية. وهناك بالفعل بعض الأدلة على ذلك. فقد أشار أزيندورف (1987) في دراسته التي أجراها على عينة من الذكور والإناث في عمر أربع سنوات، إلى أن الذكور الأكثر بطئا وترددا في المبادأة بالتواصل مع راشد غريب عليهم، كانوا ينظرون أقل إلى هذا الراشد، بينما لم تكن الحال هكذا بالنسبة إلى الإناث. إلا أنه بعد أن تبدأ عملية التفاعل بالفعل بين الطفل وهذا الراشد الغريب، فلا توجد فروق بين الجنسين في نمط النظر إلى هذا الغريب. وهو ما يعني أن الفروق بين الجنسين توجد في مرحلة ما قبل أول مبادأة للتفاعل، أي في الفترة ما بين الوجود مع الغريب وبدء التفاعل معه. ويتسق ذلك مع ما تبين من دراسة تانن، سبقت الإشارة إليها، من أن البنات أكثر ميلا إلى النظر إلى الراشد بطريقة تكشف عن استعدادهن ورغبتهن في بدء التفاعل معه، بينما يكون الأولاد أكثر تهيبا ونفورا من ذلك، خشية من أن يؤدي ذلك إلى بدء علاقة مع آخر (الراشد) له سلطة ونفوذ عليهم.

وفي دراسة لستيفنسون - هايند وغلوفر (Stevenson-Hinde & Glover, 1996) عن الخجل لدى عينة من الجنسين في عمر الرابعة، قُسِّم الأطفال إلى ثلاث مجموعات: الأولى مجموعة الأطفال شديدي الخجل (خجولين في المنزل وشديدي الخجل في المعمل عند إجراء الدراسة)، ومجموعة المنخفضين في الخجل (غير الخجولين في المنزل ولم يكشفوا إلا عن قدر بسيط من الخجل في المعمل)، ومجموعة الخجل المتوسط (متوسطي الخجل في المعمل، بصرف النظر عن مستوى خجلهم في المنزل). وجرت ملاحظة وتحليل سلوك أمهات

أطفال المجموعات الثلاث، وهن يتعاملن مع أبنائهن في المنزل. وتبين أن أمهات الأطفال الذكور شديدي الخجل هن أكثر الأمهات إيجابية ولياقة وكياسة وحساسية وهدوءا عند تعاملهن مع أطفالهن، بينما كانت أمهات الأطفال الإناث شديدات الخجل، هن أقل الأمهات تبنيّا لهذا النمط الإيجابي من التعامل مع أبنائهن. وعندما لُوحظت كل أم مع ابنها أو ابنتها، وهما يقومان معا بنشاط مشترك، تبين أن أمهات البنات متوسطات الخجل، هن أكثر الأمهات إيجابية تجاه أبنائهن، إذ كن أعلى - جوهريّا - في الإيجابية مقارنة بكل من أمهات البنات شديدات الخجل، وأمهات الأولاد متوسطي الخجل. وتبين أخيرا أن هناك مجموعة صغيرة شملت ستة أطفال ذكور كشف كل منهم عن درجة عالية جدّا من الخجل في المنزل، ولكنهم كانوا أقل خجلا من ذلك بكثير في المعمل. وكانت أمهات هؤلاء الأطفال أقل الأمهات في إبداء مظاهر الاتجاهات الإيجابية نحو أطفالهن.

وعلينا أن نأخذ نتائج تلك الدراسة بحذر، وذلك لصغر حجم عينة الأطفال المشاركين فيها، ومن ثم العدد القليل في كل مجموعة فرعية من مجموعات الدراسة. ومع ذلك، يمكننا القول إنه في هذه السن الصغيرة (أربع سنوات)، فإن خجل الإناث يستثير لدى أمهاتهن نمطا معينا من الاستجابات، يختلف عن ذلك الذي نجده لدى أمهات الذكور الخجولين. وهو ما يبرز دور المنشئين الاجتماعيين من الراشدين في تحديد مدى المرغوبية الاجتماعية للخجل لدى كل من الذكور والإناث، ومدى تقبل المجتمع وتسامحه، بل وتشجيعه للخجل لدى الإناث، ورفضه ومقاومته واعتباره شيئا غير مرغوب لدى الذكور. وهنا تثار الأسئلة التالية: هل المجتمع بالفعل أكثر تقبلا لخجل الإناث منه لخجل الذكور؟ وهل خجل الطفل الذكر يقلق والديه بالدرجة نفسها التي يقلق بها خجل البنت والديها؟ وإذا كان الأمر كذلك، فهل يؤدي هذا إلى تنميط ثقافي للخجل يعتبر المجتمع من خلاله أن الأنثى الخجولة هي فتاة «طيبة ووديعة ومؤدبة»، في حين أن الرجل يجب أن يكون قويا مقداما، وبالتالي فإن

الخجل ينتقص من «رجولته»، ويكون الرجل الخجول رجلا ضعيفا غير مرغوب فيه؟ الواقع أنه يجب توخي الحذر عند محاولة الإجابة عن مثل تلك الأسئلة وغيرها، وذلك لكثير من الأسباب، منها أنه من الخطأ أن نتصور أن الطفل - ذكرا كان أو أنثى- إما أن يكون خجولا وإما غير خجول. فهناك بعض أشكال سلوك الخجل التي يصعب على آباء الذكور الخجولين أن يتقبلوها منهم، ولكنهم قد يتقبلون منهم سلوكيات خجل أخرى، بل وربما يعتبرونها صفات جيدة.

لقد أثارت تانين عددا من القضايا الأساسية في ما يتعلق بالبحث عن تأثير الخجل في كيفية استخدام الفرد اللغة. فهي تشكك كثيرا في قيمة تلك الإجراءات التي اعتمدت عليها معظم الدراسات، والتي تمثلت في مجرد إجراء تحليل كمي سطحي للمحادثة بين الطرفين (الخجول والآخر) بهدف حصر وحساب مدى تكرار ما نلاحظه من سلوكيات لفظية. إذ ترى أن هذا تبسيط شديد لموقف المحادثة، ولا يجب الاكتفاء بذلك، لأن الفهم والتفسير الصحيحين لتلك السلوكيات اللفظية (فترات الصمت وقطع الصمت والعودة إلى الكلام ومقاطعة الآخر...إلخ) يجب أن يتم في ضوء معلومات أخرى إضافية، مثل العلاقة بين طرفي المحادثة وموضوع المحادثة، وهدف كل منهما من المحادثة وأسلوب المحادثة الخاص بكل منهما. فتحليلنا للمحادثة وما يتم فيها يجب أن يكون أكثر عمقا وشمولا، لنعرف على وجه الدقة هدف الفرد وغايته من أي سلوك لفظي يصدره خلالها. فالفرد ربما يصمت لأي سبب آخر غير كونه خجولا، وربما يقاطع الآخر لأسباب مختلفة، فقد يكون هدفه من المقاطعة هو أن يكون له سبق تحديد موضوع المحادثة، أو يريد أن يضيف إلى ما يقوله الطرف الآخر، ويجعله أكثر وضوحا، أو يسعى إلى تغيير موضوع الحديث لعدم رضاه عنه، أو لأن هذا الموضوع يضايق أحد الحاضرين...إلخ. إن موقف المحادثة هو موقف يتضمن كثيرا من الأنشطة الاجتماعية المعقدة. وقليلة جدّا تلك الأبحاث التي اهتمت بدراسة كلام الخجولين في ضوء

هذا التحليل الكيفي العميق لموقف المحادثة، ولم تتوقف - كما هي الحال في معظم الدراسات - عند مجرد هذا الحصر الكمي البسيط لبعض مظاهر السلوك اللفظي للخجولين في مواقف المحادثة.

ملخص الفصل

يشتمل الخجل على ثلاثة مكونات أساسية متفاعلة: معرفية ووجدانية وسلوكية. وتركز الأبحاث التي تهتم بدراسة الخصائص السلوكية للخجل على قياس مظهرين سلوكيين أساسيين هما: الحديث أو الكلام (خاصة التعليقات التلقائية) والتواصل بالعين مع الطرف الآخر في موقف التفاعل. وعلى الرغم من توصل معظم الدراسات إلى وجود فروق بين الخجولين وغير الخجولين في النظر إلى الطرف الآخر أو التحديق فيه، فإن تفسير تلك النتائج ليس بالأمر السهل. ويبدو أن الصمت هو جوهر الخجل، خصوصا عند وجود الفرد مع آخرين غرباء أو غير مألوفين بالنسبة إليه. وصمت الفرد - في أثناء وجوده مع الآخرين - له آثار ومترتبات طويلة المدى عليه، فربما يعتبره الفرد دليلا على عدم كفاءته الاجتماعية، وكذلك ربما يفسر الآخرون صمت الفرد على أنه غير راغب في الحديث معهم، أو أنه أناني منشغل بذاته، ولا يهتم كثيرا بالآخرين. ويشعر الخجولون بكثير من القلق في المواقف الاجتماعية، ويولون قدرا كبيرا من انتباههم إلى ما يمكن أن يكوِّنه الآخرون عنهم من انطباعات، والتي يعتقدون عادة أنها ستكون انطباعات سلبية. وعادة ما يكون إدراك الخجولين لأنفسهم أسوأ من إدراك وتقييم الآخرين لهم، وهو ما يعني أنهم يميلون كثيرا إلى التقليل من شأن أنفسهم. وقد حاولت بعض الدراسات إرجاع هذا القلق الذي يبديه الخجولون إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي السمبثاوي لديهم. وأشارت نتائج دراسات عديدة - في هذا الصدد - إلى وجود فروق كثيرة بين الخجولين والأقل خجلا في عدد من المقاييس والمؤشرات المرتبطة بنشاط الجهاز العصبي السمبثاوي، مثل متوسط معدل نشاط القلب، واضطراب هذا المعدل وتباينه، ومستوى انتشار الكورتيزول. وكانت تلك

الفروق واضحة ومتسقة لدى عينات الأطفال الصغار، إلا أنها لم تكن بالوضوح والاتساق أنفسهما لدى كل من الأطفال الأكبر سنا والراشدين. وعلى أي حال، من الضروري التعامل مع نتائج تلك الدراسات بحذر شديد، ذلك لأن تلك القياسات يعوزها كثير من الدقة، وهي عرضة لتأثير عدد كبير من العوامل الدخيلة التي تؤثر في النتائج التي يتم الوصول اليها، الأمر الذي يجعل تلك النقطة في حاجة إلى مزيد من البحث والدراسة. وتبين كذلك وجود فروق بين الخجولين والأقل خجلا في النشاط الكهربائي للجزء الأمامي الأيمن من القشرة المخية. وتلك النقطة واعدة، وستكون محلاّ للاهتمام والدراسة في المستقبل.

وهناك ما يدل على أن الأفراد الخجولين والقلقين اجتماعيا يفكرون في أنفسهم بطريقة تختلف عن تلك التي يفكر بها الأفراد الأقل خجلا. فالخجولون والقلقون اجتماعيا دائما ما ينشغلون بنواقصهم وعيوبهم وعدم كفاءتهم، وبالانطباعات التي سوف يكوّنها الآخرون عنهم. وقد أكدت نتائج إمبريقية كثيرة صحة هذا التصور، إذ خلصت إلى أن الخجولين والمرتبكين عادة ما يكون شعورهم بالذات مرتفعا. وكذلك فإن القلقين عادة ما يكون تفكيرهم مشوها غير موضوعي، ومضمونه سلبي، إذ دائما ما يحقرون من ذواتهم ويقللون من شأنها.

لقد بدأنا هذا الفصل بنموذج مبسط للخجل باعتباره عملية انفعالية تتكون من خمس مراحل. وهناك ما يدل على وجود فروق بين الخجولين وغير الخجولين في كل مرحلة من المراحل الخمس لتلك العملية. فالخجولون غير موضوعيين (متحيزين) في إدراكهم وتقييمهم لمواقف التفاعل مع الآخرين، وفي اختيارهم وتنفيذهم للسلوك في تلك المواقف. وفي الفصلين التاليين سوف نعرض لجذور نشأة تلك الفروق الفردية في الخجل في مرحلة الطفولة.

3

الخجل والمزاج

«إن نظرية كيغان في الأسس البيولوجية للكف السلوكي تؤكد أهمية دور مكونات الجهاز العصبي وعملياته المسؤولة عن الخوف والقلق، ومع ذلك فإن بعض ملامح الخجل ربما لا يمكن فهمها وتفسيرها بدقة في ضوء النشاط الزائد للجهاز العصبي السمبثاوي»

المؤلف

مقدمة

عرضنا في الفصلين السابقين دلائل على وجود فروق فردية في الخجل، وأشرنا إلى أن مقاييس واستبيانات التقرير الذاتي للخجل تتمتع بدرجة جيدة من صدق التكوين Construct validity والصدق التنبئي Predictive validity (*)، وأن هناك فروقا معرفية وجسدية فسيولوجية وسلوكية بين الخجولين والأقل خجلا. وأوضحنا كذلك أن الخجولين مشغولون كثيرا بذواتهم، ومن ثم فالشعور بالذات لديهم مرتفع، ويعانون من

(*) الصدق: إحدى الخصائص الأساسية للقياس النفسي، التي يجب أن يتميز بها أي مقياس يستخدم لتقييم الظواهر والخصائص النفسية، مثل الخجل موضوع اهتمامنا في الكتاب الحالي. ويقصد به أن المقياس يقيس بالفعل ما أعد لقياسه وليس شيئا آخر. وهناك أنواع كثيرة من الصدق، منها ما يشار إليه في النص باسم صدق التكوين، وهو أكثر هذه الأنواع قبولا واتفاقا مع منطق الصدق، ويقصد به مدى تعبير المقياس عن المفهوم الذي يقيسه بما يشمله من خصائص أو سمات نوعية [المترجم].

انخفاض ثقتهم في قدرتهم على الأداء بشكل يرضيهم في المواقف الاجتماعية، ويعتبرون أنفسهم قلقين في تلك المواقف، وكذلك يعتبرهم من يلاحظ سلوكهم في تلك المواقف الاجتماعية. وأشرنا إلى أن مقاييس معدل نشاط القلب وتباين هذا المعدل يمكن أن تميز بين الخجولين والأقل خجلا، على الرغم من أن تلك الفروق لا تكون واضحة في كل المراحل العمرية. وأخيرا فالخجولون - في عمومهم - أقل مبادأة وتفاعلا في المواقف الاجتماعية، فهم يتكلمون أقل، ويتحاشون التواصل بالعين مع الطرف الآخر في الموقف، ويزداد ذلك - بوجه خاص - عند لقائهم بغرباء وتعاملهم مع أي مواقف جديدة، وعندما يخافون من تقييم الآخرين لهم سلبيا. أما في المواقف المألوفة، فيمكن للخجولين الكلام مثل الآخرين، ويمكنهم كذلك النظر الآخرين والتواصل معهم بالعين.

ومن الممكن ملاحظة كثير من تلك الفروق بين الخجولين والأقل خجلا منذ سنوات الطفولة المبكرة، وهو ما يعني أن الخجل ربما يتكون ويبزغ لدى الفرد منذ مرحلة مبكرة من حياته. ومحور اهتمام هذا الفصل هو أصول الخجل ونشأته وبداياته. وتاريخيا، فإن التساؤل عن أصول الشخصية طرح وفقا لثنائية الوراثة والبيئة Nature versus nurture، فهل هي موروثة أم مكتسبة؟ إذ كان يفترض دائما أن خصائص الشخصية إما أنها موروثة، أومكتسبة من خلال عمليات التعلم والتنشئة الاجتماعية. ومنذ بدايات القرن الماضي، ومع توافر طرق وأساليب إحصائية ملائمة ودقيقة، وإجراء دراسات إمبريقية هدفت إلى الكشف عن مدى التشابه في الخصائص النفسية لدى أفراد الأسرة الواحدة، خصوصا تلك الدراسات التي أُجريت على التوائم، تغير التساؤل، وبدلا من محاولة إرجاع أصل السمة المعينة، إما إلى الوراثة أو إلى البيئة، بدأ الباحثون يهتمون بمحاولة تحديد الإسهام النسبي لكل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية في أي سمة من سمات الشخصية. وبعد ذلك أدرك علماء النفس أن ثمة تفاعلات معقدة بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية، وهو ما يجعل محاولة تحديد الإسهام النسبي لأي منهما - مستقلا عن الآخر -

أمرا بالغ الصعوبة. فما يمتلكه الفرد من موروثات يؤثر في البيئة التي ينشأ فيها، والبيئة بدورها تؤثر في الطرق التي من خلالها تقوم الموروثات بتشكيل السلوك وتحديده.

وعلى سبيل المثال، فالمجتمعات تختلف فيما بينها بخصوص الاتجاه نحو الخجل، أو بخصوص أشكال التعبير عنه لدى كل من الرجل والمرأة. فبعض المجتمعات تعتبر الخجل خاصية إيجابية جذابة إذا اتسمت به المرأة، وأنه علامة على أنها مهذبة ورقيقة، بل وشديدة الأنوثة. لكن تلك المجتمعات لا تقبل الخجل من الرجل، وتعتبره علامة على ضعفه وانخفاض تأكيده لذاته. وقد وجد ستيفنسون - هايد وشولدس (1993) أن اتجاهات الآباء نحو خجل بناتهم كانت إيجابية، لكنهم كانوا أقل تقبلا لخجل أولادهم، خصوصا إذا كانوا كبارا وتخطوا سنوات الطفولة الأولى.

ودعونا نفترض - جدلا - أن الخجل موروث. لكن الابن الذي ولد خجولا، سوف يتعرض لضغوط من والديه لكي يسلك بطريقة أقل خجلا، هذا إن كان ذكرا، وهو ما لن يحدث إذا كانت البنت هي الخجولة. فالذكر الخجول سيكون مخيبا لآمال والديه، وسوف ينقلان إليه هذا الانطباع - بلا شك - بشكل أو بآخر، وهو ما سوف يؤثر في قبوله وتقديره لذاته. ومع تقدمه في العمر تتاح له الكثير من الظروف التي تمكنه من أن يجد لنفسه بيئة يشعر فيها بأنه أكثر تجانسا وتوافقا، مثل القراءة وألعاب الحاسوب والاستماع إلى الموسيقى في حجرته وحيدا. وفي المدرسة ربما يلجأ إلى أحلام اليقظة ملتمسا فيها العون والمدد، ويظل في خلفية المواقف الاجتماعية وهامشها، متجنبا أن يطالب بشيء أو يعترض على شيء. فهو يتجنب النظر في عين مدرسه، ولا يقوم بأي من المهمات الدراسية إلا في أضيق الحدود وبالقدر الذي يساعده على تجنب التعامل مع مدرسه، ولا يبادر أبدا إلى الاشتراك في أي نشاط، ويجيب عن أسئلة مدرسه بطريقة يهدف من ورائها إلى قطع أواصر الحوار، وإنهاء الحديث بأسرع ما يمكن.

أما قرينه الأقل خجلا، فسوف يسعى إلى التواصل مع الأطفال الآخرين وتوسيع شبكة علاقاته خارج المنزل. وربما يكون هذا القرين أخا لهذا الولد الخجول. فقد أشارت الدراسات إلى وجود كثير من الفروق في خصائص الشخصية وسماتها بين أفراد الأسرة الواحدة. وسوف يقوم هذا الطفل غير الخجول أيضا بخلق بيئته الخاصة التي يجدها، ويجد نفسه فيها أكثر تجانسا وتوافقا. لكن سلوكه يستثير ردود أفعال واستجابات إيجابية لمن يتفاعل معهم تساعده على تكوين صورة إيجابية عن ذاته Positive self -image، وتزيد من كفاءته الاجتماعية Social competence، وتوسع من نطاق مهاراته الاجتماعية Social skills، وهو ما يؤهله للتعامل بنجاح مع آخرين كثيرين، مختلفين في شخصياتهم وخبراتهم واتجاهاتهم.

ولنجعل الصورة أكثر تعقيدا، دعونا نفترض أن آباء الأطفال الخجولين، أو من يتولون تربيتهم، هم أيضا خجولون. ولما كان الأب الخجول سوف يمارس نفوذه وتأثيره في نشاطات أسرته، بحيث يجعل حياتهم الاجتماعية وعلاقاتهم بالآخرين في أضيق الحدود، فإن ذلك سوف ينعكس - بالتأكيد - على أبنائه، إذ إن ابنه سوف يرى في والده الخجول هذا نموذجا للراشد ذي السلوك الدال على عدم الثقة. وبالطبع فتلك ظروف بيئية بالغة الضرر للابن الخجول على وجه التحديد، وليس لأخيه الجريء الذي يمتلك من الدافعية والإمكانات ما يؤهله لتكوين شبكة علاقات اجتماعية خارج نطاق أسرته الصغيرة، تمكنه من أن يتخذ من أي راشد آخر أقل خجلا من أبيه نموذجا لسلوكه الشخصي.

إننا نعرض لهذين الموقفين الافتراضيين بهدف طرح السؤالين الآتيين: إذا كنا بصدد دراسة لهذين الولدين، فهل يمكننا أن نحدد ما إذا كان خجلهما وراثيا أم مكتسبا؟ وكيف سينمو كل منهما إذا نشأ وتربى في أسرة - أو حتى مجتمع - تختلف عن الأخرى في اتجاهاتها نحو الخجل؟ إن اهتمامنا منصب في هذا الفصل على تقديم عرض لأصول الخجل في ضوء مفهوم المزاج، وفي الفصل الرابع نعرض أثر كل من الوراثة والبيئة في الخجل.

مفهوم المزاج

صاغ علماء النفس مفهوم المزاج لتفسير ما لاحظوه من تباين في الاستجابات بين الأفراد منذ باكورة حياتهم. ومع تعدد تعريفات مفهوم المزاج، فإنها تتفق فيما بينها على أن المزاج يشير إلى الفروق الفردية التي تظهر بين الأفراد مبكرا منذ الأيام الأولى من العمر، وتتسم بالاستقرار والثبات والدوام عبر الزمن، ويمكنها التنبؤ بأنماط سلوكهم بعد ذلك، ولها أساسها البيولوجي الوراثي. وحقيقة أن الخصائص المزاجية التي تظهر مبكرا في حياة الأفراد، هي التي تميزها عن سمات أخرى للشخصية. يوافق معظم علماء النفس على أن مزاج الوليد لا يمارس تأثيره أو يكشف عن نفسه من خلال أفعال الوليد التلقائية وسعيه إلى تشكيل ما يتعرض له من تنبيهات، بل من خلال ردود أفعاله واستجاباته لتلك التنبيهات. ومن المعلوم أن قدرة الوليد البشري على الحركة والتنقل محدودة، ومن ثم فهو يعتمد تماما على الآخرين. ومع ذلك فالوليد ليس كائنا سلبيا تماما، بل إن طبيعة مزاجه تلقي بظلالها على أي موقف يوجد فيه، بحيث تجعله فاعلا، وليس مجرد مستجيب سلبي لما يتعرض له من تنبيهات في هذا الموقف. فما يفعله الوليد - بسبب خصاله المزاجية - يحدد طبيعة ردود أفعال الآخرين نحوه، ويشكل نمط استجاباته له. فالرضع الذين يكشفون عن عدم انتظام النوم، وكثرة البكاء والصراخ، ويصعب تهدئتهم وإسكاتهم من خلال حملهم واحتضانهم، سوف يستثيرون لدى آبائهم نمطا من الاستجابات يختلف عن ذلك الذي يستثيره الرضع المنتظمون في نومهم، والأكثر هدوءا، أو ذلك الذي يستثيره الرضع الذين يتوقفون عن البكاء بمجرد حملهم واحتضانهم. فالتفاعل بين الوليد ووالديه (أو من يتولى رعايته) هو عملية حوار تفاعلي متواصل، يسعى فيها كل طرف منهما إلى التوافق مع متطلبات الطرف الآخر وتفضيلاته، في الوقت ذاته الذي يحاول فيه إشباع حاجاته الخاصة. لهذا، فإن مزاج الوليد يؤدي دورا أساسيا في بناء وتشكيل بيئته الاجتماعية منذ الأيام الأولى من حياته.

ولا يجوز اعتبار الخصائص المزاجية مرادفا لسمات الشخصية، أو أن خاصية مزاجية معينة هي بمنزلة سمة لشخصية الفرد، سوف يظل متسما بها إلى أن يكبر ويصبح راشدا. فسمات الشخصية ليست هي المزاج، بل إنها تتكون في ضوء التفاعل المستمر بين المزاج من ناحية، وعوامل البيئة الخارجية التي يعيش في كنفها الفرد من ناحية أخرى.

الأمزجة الأساسية (الخصائص المزاجية الأساسية)

سعت دراسات كثيرة إلى تحديد الأمزجة الأساسية Basic temperaments التي تقف خلف ما نلاحظه من فروق في سلوك الرضع. وكان أحد أهم أهداف تلك الدراسات إجراء الملاحظات الدقيقة والمنظمة لسلوك الرضع، سعيا إلى تصنيف تلك السلوكيات المتعددة، وما قد يكون خلفها من خصائص مزاجية كثيرة ومتنوعة في عدد قليل من الفئات التصنيفية، تعكس كل منها حالة مزاجية محددة. ذلك لأن تحديد عدد قليل من الأمزجة الأساسية يعطي قوة دافعة لاستمرار البحث بعمق، وييسر المقارنة بين نتائج مختلف الدراسات، ويساعد على إعداد وتطوير أدوات قياس أكثر دقة، وتوليد فروض جديدة يمكن إخضاعها لمزيد من البحث والدراسة. على الجانب المقابل، فإن كثرة المفاهيم والتصنيفات والفئات المزاجية تعوق البحث، وتضعف التواصل بين الباحثين، وتؤدي إلى ضياع الجهد. ولعل نجاح نظرية الأبعاد الخمسة الكبرى للشخصية Big five theory of personality dimensions (*) دليل على صحة ما نقول، إذ نشّطت تلك النظرية البحث في الفروق الفردية، واضعة حدا لهذا الجدل الدائر حول طبيعة الأبعاد الحقيقية للشخصية، وساعدت على الربط بين تخصصات ومجالات مختلفة في علم النفس، منها - على سبيل المثال - الربط بين مجال الشخصية وارتقاء سلوك الأطفال. ومعنى

(*) العوامل الخمسة الكبرى للشخصية: هي أحد التوجهات المعاصرة في دراسة الشخصية الإنسانية والتي يفترض أصحابها أنه يمكن وصف وتفسير الشخصية في ضوء خمسة عوامل أو أبعاد كبرى وأساسية تستوعب مدى عريضا من الخصال والسمات الشخصية النوعية. وهذه الأبعاد الخمسة الكبرى التي تلقت اهتمام الباحثين هي العصابية والانبساط والانفتاح على الخبرة والمقبولية ويقظة الضمير [المترجم].

ذلك أن هناك كثيرا من الفوائد والإيجابيات لتصنيف أبعاد الفروق الفردية في فئات قليلة محددة. ولكن علينا ألا نعتبر تصنيفا معينا هو الكلمة الفصل في تكوين الشخصية، بل هو دائما موضع الدراسة والفحص والتحسين في ضوء ما يستجد من نتائج ومؤشرات.

وكانت الدراسة التتبعية Longitudinal study التي أجراها ثوماس Thomas وشيس Chess وبرش Birch ومعاونوهم في جامعة نيويورك الأمريكية باكورة الدراسات التي هدفت إلى تحديد أنماط مزاجية تصنيفية، يمكن وفقا لها تفسير الفروق الفردية في سلوك الأطفال. بدأت الدراسة العام ١٩٥٦، واستمرت في متابعة ١٣٣ فردا ينتمون إلى ٨٤ أسرة منذ أن كانوا في عمر ثلاثة شهور إلى أن بلغوا سن الرشد (Chess & Thomas, 1986) وتمثلت أولى خطوات تلك الدراسة في إجراء مقابلات تفصيلية مع آباء وأمهات اثنين وعشرين رضيعا تراوحت أعمارهم بين ثلاثة وستة شهور. وبناء على تحليل مضمون تلك المقابلات، تم حصر تسع خصائص مزاجية، أمكن تصنيفها في ثلاثة أنماط هي: الطفل سهل المراس Easy child، والطفل صعب المراس Difficult child، والطفل بطيء التفاعل Slow to warm up child وطفل النمط الأول (سهل المراس) يتمتع بمزاج إيجابي ونومه منتظم، وكذلك أسلوب تغذيته، ولا يهاب المواقف الجديدة، بل يتوافق معها بسهولة. أما طفل النمط الثاني (صعب المراس) فمزاجه سلبي وردود أفعاله بالغة الحدة وغير منتظم سواء في طبيعة نومه أو في تغذيته، وينسحب من المواقف الجديدة، ويميل إلى عدم التوافق مع ما يحدث في بيئته من تغيير. أما الطفل بطيء التفاعل (النمط الثالث)، فهو ذو نشاط محدود وأقل في المزاج الإيجابي مقارنة بالطفل سهل المراس وينسحب من المواقف الجديدة، وإن كانت ردود أفعاله أقل حدة مقارنة بالطفل صعب المراس. وكما هو واضح، فكثير من تلك الخصائص المزاجية لها علاقة بالخجل وارتقائه، ومنها - على سبيل المثال - الميل للانسحاب من المواقف الجديدة، وهي خاصية توجد لدى كل من الطفل صعب المراس، والطفل بطيء التفاعل.

وفي بحث آخر، قدرت عينة من الآباء والأمهات سلوك أبنائهم لاستكمال النتائج التي خلص إليها الباحثون، وذلك بإعطاء تقديرات رقمية على استبيان يتكون من عدد من البنود، يعبر كل منها عن مظهر سلوكي معين (مثل: ابني أو ابنتي يميل إلى الخجل، ابني في غاية النشاط والحيوية)، يعكس مدى انطباق العبارة المعينة على ابنهم أو ابنتهم. وبعد ذلك أُجري تحليل عاملي لتلك التقديرات بهدف تحديد الأنماط المزاجية الأساسية التي تستوعب وتلخص كل تلك المظاهر السلوكية التي قدرها الآباء لدى أبنائهم. وقد كشفت الدراسات العاملية (*) التي أجراها روثبارت وبيتس (Rothbart & Bates, 1998) على عينات من الرضع (لا تتجاوزأعمارهم اثني عشر شهرا) عن وجود ستة أبعاد للمزاج أو ستة أنماط مزاجية هي: ١ - الوجدان الإيجابي Positive affect مع الميل إلى الابتسام والضحك، ٢ - الخوف والقلق والانسحاب، ٣ - سهولة الاستثارة وحدة الطبع، ٤ - مستوى النشاط، ٥ - مدى الانتباه والقدرة على التركيز والمواصلة، ٦ - انتظام النوم والتغذية. وتوصلت دراسات عاملية أخرى أُجريت على عينات من الأطفال الأكبر من ذلك إلى عدد من الأبعاد التي تبين أنها تكشف عن تشابه كبير مع كل من تلك الأبعاد الستة التي وجدت لدى الرضع (Caspi, 1998, Rothbart & Bates, 1998)، والأبعاد الثلاثة التي توصلت إليها دراسة جامعة نيويورك. وهذه الأبعاد هي: ١ - الوجدان الإيجابي، ٢ - الكف السلوكي وتجنب التفاعل مع الآخرين، ٣ - سهولة الاستثارة وحدة الطبع، ٤ - مستوى النشاط، ٥ - التحكم في الانتباه ومواصلة التركيز.

والملاحظ أن عامل «الوجدان الإيجابي» ظهر في كل تلك الدراسات العاملية، التي أجريت على الرضع والأطفال الأكبر سنا. وهو عامل يتضمن حالة مزاجية إيجابية Positive mood، وترحيب الطفل واستعداده للتعامل مع المواقف الجديدة والتوافق معها. ويتشابه هذا العامل مع عامل الانبساط الذي دائما ما يظهر في الدراسات العاملية

(*) الدراسات العاملية: هي التي تستخدم أسلوب التحليل العاملي في معالجة نتائجها. وهو أسلوب إحصائي هدفه تلخيص ووصف عدد كبير من معاملات الارتباط بين المتغيرات موضوع الدراسة في صورة عوامل قابلة للتفسير في ضوء التصور النظري الذي يتبناه الباحث في دراسته [المترجم].

على الراشدين (انظر الفصل الأول). أما «الوجدان السلبي»، فيبدو أنه يمثل في عاملين: الأول يتعلق بالكف السلوكي والقلق، بينما يتعلق العامل الثاني بسرعة الاستثارة وحدة الطبع. وهناك تشابه كبير بين عامل الكف السلوكي والقلق وعامل العصابية الذي وجد في شخصية الراشدين. ولاشك في أن عامل الكف السلوكي والقلق يتشابه كثيرا مع الخجل.

الخجل بوصفه خاصية مزاجية

نموذج بص وبلومين عن الأمزجة الثلاثة: الانفعالية Emotionality، والنشاط العام Activity، والاجتماعية Sociality:

اعتمد بص وبلومين (Buss & Plomin, 1984) في نظريتهما عن المزاج على نتائج التحليلات العاملية لتقديرات الآباء والأمهات لسلوك أبنائهم. فقد راجع الباحثان الدراسات التي اعتمدت على أسلوب التقدير، والتي أجريت في إطار الدراسة التتبعية لجامعة نيويورك، وخلصا من ذلك إلى أنه لا يوجد أي دليل إحصائي يؤيد فكرة الخصائص المزاجية التسع، واقترحا - بدلا من ذلك - وجود أربعة أنماط مزاجية هي: الانفعالية، والنشاط العام، والاجتماعية، والاندفاعية Impulsivity، وتم تصميم استبيانات لقياس تلك الأنماط المزاجية الأربعة، لكن الباحثين استبعدا - بعد ذلك - مقياس الاندفاعية، وأبقيا فقط على الأنماط المزاجية الثلاثة الأخرى. وتوافرت بعد ذلك صور مختلفة من مقياس تلك الأنماط المزاجية الثلاثة بناء على تقديرات الآخرين لسلوك الطفل عرف بمقياس الأمزجة الثلاثة الأساسية (EAS)، بالإضافة إلى توافر استبيان لقياسها لدى الراشدين بأسلوب التقرير الذاتي. وتتشابه الانفعالية والنشاط العام مع الأنماط المزاجية التي أشار إليها توماس Thomas وشيس Chess، أما مقياس الاجتماعية، فيكشف عن تغير كبير في طبيعته من صورة إلى أخرى أو من نسخة إلى أخرى. فعبارات مقياس الاجتماعية في الصورة الأصلية لهذا المقياس تشير إلى الاجتماعية بمعناها الشائع، أي تفضيل الفرد لأن يكون دائما بصحبة الآخرين، لكن تم بعد ذلك تصميم مقياسين آخرين

للاجتماعية، الأول هو «مسح كولورادو لمزاج الأطفال» Colorado (CCTI) Childhood Temperament Inventory، والثاني هو الأمزجة الثلاثة الأساسية (EAS) المعدل. وتحول مقياس الاجتماعية من «مسح كولورادو» ليصبح مقياسا للخجل. أما مقياس الأمزجة الثلاثة، فتضمن مقياسين فرعيين أحدهما للاجتماعية والآخر للخجل (بالإضافة إلى مقياسي الانفعالية والنشاط العام) يتكون كل منها من خمسة بنود. وتدور عبارات مقياس الأمزجة الثلاثة (EAS) حول السلوكيات التي يمكن ملاحظتها لدى الأطفال منذ بلوغهم عمر اثني عشر شهرا. وتشير عبارات مقياس الخجل إلى الشعور بالخجل، وضآلة الاهتمام بالغرباء، وعدم الاجتماعية وصعوبة تكوين الصداقات، وافتقاد الود والحميمية مع الغرباء. وأجرى بور وويستنبرغ (Boer & Westenberg, 1994) تحليلا عامليا لمقياس الأمزجة الثلاثة(EAS)، والذي طبق على عينة شملت ٢٣٠ أما، و١٧٢ أبا لأطفال تراوحت أعمارهم بين ٤ و١٢ سنة. وتبين وجود عامل واضح ومتمايز للخجل تكون من العبارات المخصصة لقياسه. وظهر هذا العامل بوضوح في كل التحليلات العاملية، سواء تلك التي أجريت على بيانات تقديرات الآباء أو الأمهات لأبنائهم، وسواء كان هؤلاء الأبناء ذكورا أو إناثا، أطفالا صغارا أو أطفالا كبارا، وسواء تم الاعتماد في التحليل على تقديرات الآباء فقط من دون الأمهات، أو تقديرات الأمهات فقط من دون الآباء. أما عامل الاجتماعية، فلم يكن بمثل هذا الوضوح والاتساق، لكنه حينما يظهر عامليا، يكون متمايزا ومستقلا عن عامل الخجل.

يبدو - إذن - أن هناك ثلاثة أمزجة أساسية هي التي تظهر بوضوح وثبات في تلك التحليلات العاملية القائمة على تقديرات الآباء والأمهات لسلوك أبنائهم من الذكور والإناث، وهي الانفعالية والنشاط العام والخجل. ويبدو كذلك أن هناك قدرا من التشابه والتداخل بين هذه النتيجة (وجود ثلاثة أنماط مزاجية متمايزة)، وقائمة الأنماط المزاجية التي توصل إليها كل من شيس وتوماس (1986)، وروثبارت وشيس (1998). وتبين كذلك أن تلك الأمزجة الثلاثة توجد بذات الوضوح والاتساق، عند إجراء تحليلات عاملية

لتقديرات الآباء والأمهات لسلوك أطفالهم في أعمار مختلفة، بدءا من عمر خمسة شهور، كما هي الحال في دراسة رو وبلومين العام ١٩٧٧ (See: Boer & Westenberg, 1994) إلى عمر اثنتي عشرة سنة. ومع ذلك، فإن هذا الاتساق في ظهور عامل الخجل لا يثبت - في حد ذاته - أن الأطفال الذين يتم تقديرهم من قبل آبائهم وأمهاتهم في عمر معين بأنهم خجولون، سوف يقدرونهم كذلك في عمر متقدم عندما يكبرون. لذلك، فنحن في حاجة إلى الدراسات الطولية التتبعية التي تمكننا من إلقاء الضوء على هذه النتيجة. أضف إلى ذلك أن بيانات مقاييس التقدير ليست كافية وملائمة في حد ذاتها، لنعرف منها أصول الفروق الفردية بين الأطفال. ولذلك فسوف نعرض الآن إلى إحدى النظرات المهمة والمؤثرة في مجال الكف السلوكي، والتي أدت إلى دراسات كثيرة في الخجل لدى الرضع والأطفال الأكبر سنا.

نظرية كيغان في الكف السلوكي (*)

سبق أن أشرنا إلى تلك النظرية عند عرضنا الدراسات التي اهتمت بالكشف عن علاقة الخجل ببعض المتغيرات الفسيولوجية. في هذا الإطار، درس كيغان وزملاؤه في جامعة هارفارد، الكف السلوكي باعتباره خاصية مزاجية يمكن الاستدلال عليها من سلوكيات الأطفال مثل البكاء والصراخ والانسحاب والجبن وكف النطق والسلوك الحركي، وذلك عند مواجهتهم أي شيء جديد وغير مألوف لهم، سواء كان أماكن أو مواقف أو أشخاصا (Garcia - Coll et al., 1984)، وفي دراستهم الأولى اتصل كيغان وزملاؤه هاتفيا بعينة من الآباء والأمهات قوامها ٣٠٥ مبحوثين، لديهم أطفال في عمر واحد وعشرين شهرا، إذ وجهت إليهم مجموعة من الأسئلة تتعلق بسلوك أبنائهم في المواقف غير المألوفة. وفي ضوء إجابات الآباء والأمهات، تم تصنيف الأطفال في مجموعتين: مكفوفي السلوك، وشملت ٥٦ طفلا من

(*) استخدم كيغان Kagan مفهوم الكف السلوكي للإشارة إلى الخجل في مراحل العمر المبكرة، واستخدم باحثون آخرون مفهوم الكف المزاجي للتعبير عن الخجل في مراحل ارتقائية لاحقة لذلك، وذلك حتى نصل إلى مفهوم الخجل لدى الراشدين، بما يشمله من خصال وسمات مميزة للأشخاص الخجولين. لذلك سوف نستخدم في النص الأساسي مفاهيم الأطفال المكفوفين سلوكيا وغير المكفوفين أو المكفوفين مزاجيا وغير المكفوفين [المترجم].

الذكور والإناث، وغير المكفوفين سلوكيا وشملت ١٠٤ أطفال. وفي الخطوة التالية، من الدراسة تمت ملاحظة ١١٧ مبحوثا من هؤلاء الأطفال في مجموعة مواقف غير مألوفة مثل الوجود مع راشد غريب أو تناول دمى جديدة (انظر الجدول الرقم٣ - ١ الذي يوضح الخطوط العامة لإجراءات تلك الدراسة، بما تشمله من مواقف ومقاييس للكف السلوكي).

الجدول (٣-١)
الإطار العام للإجراءات المتبعة في الدراسات المعملية للكف السلوكي

المواقف
يدخل راشد غير مألوف للطفل، ويحاول أن يثير حماسه ويشجعه على اللعب معه.
يترك الطفل والأم معا في حجرة بها أشياء جديدة بالنسبة إلى الطفل.
يعمد راشد غير مألوف للطفل إلى شرح نشاط ما ووصفه له.
يتم إظهار لعبة أو دمية غير مألوفة - إنسان آلي كبير الحجم مثلا - ويتم حث الطفل وتشجيعه على اللعب معها.
تغادر الأم حجرة المعمل، وتترك الطفل بمفرده مع الباحث.
مقاييس الكف السلوكي
تقدير كمي للعلامات الظاهرة الدالة على الانزعاج والكرب (مثل الهياج والرفض والعناد والبكاء والصراخ).
حصر تكرارات تلك العلامات الظاهرة الدالة على الانزعاج والكرب.
حصر عدد المرات التي سعي فيها الطفل من تلقاء ذاته إلى الاقتراب من الراشد غير المألوف.
الفترة التي استغرقها الطفل للاقتراب من الراشد (الزمن المنقضي منذ وجود الطفل مع الراشد إلى أن اقترب منه تلقائيا لأول مرة).
الفترة التي استغرقها الطفل للتحدث مع الراشد.
إجمالي الوقت الذي كان فيه الطفل ملتصقا بأمه ومتشبثا بها.
الفترة التي استغرقها الطفل للاقتراب من اللعبة الجديدة واللعب بها.

وبناء على الجدول السابق، لوحظ سلوك الأطفال في ست جلسات. وكان يستدل على الكف من سلوكيات النكد والغيظ Fretting والبكاء والصراخ والشكوى من الشعور بالضيق والانزعاج والانسحاب وغياب التفاعل التلقائي مع الباحث خلال تلك المواقف الخمسة، وكذلك من خلال استجابات الطفل لتنبيهات محددة. وبالإضافة إلى ذلك، تم قياس بعض المؤشرات الفسيولوجية مثل معدل نشاط القلب، وتباين هذا النشاط، وذلك بالأسلوب نفسه الذي عرضنا له في الفصل الثاني. أجاب كل من الآباء والأمهات عن استبيان تضمن أسئلة عن مزاج طفله، وقدرت الدرجات عليه وفق نموذج الأمزجة التسعة التي توصلت إليها دراسة جامعة نيويورك السابقة الإشارة إليها. وأخيرا أُجريت مقابلة مع كل أم بخصوص سلوك طفلها في المواقف غير المألوفة في حياته اليومية الطبيعية. وبناء على نتائج الملاحظات التي تمت في المعمل، صنف الأطفال إلى مجموعتين: مكفوفي السلوك، وغير المكفوفين، وهو ما سمح للباحثين بالكشف عن مدى الاتساق بين هذا التصنيف وتصنيفات أخرى لعينة الأطفال نفسها، في سياقات قياس أخرى مثل المقارنة بين التقديرات على أساس ملاحظات المعمل، والتقديرات على أساس سلوك الطفل في المنزل، والمقارنة بين تقديرات الوالدين وتقديرات الباحثين والملاحظين.

ويجب أن نلفت النظر إلى وجود فرق أساسي بين نظرية بص وبلومن (1984) ونظرية كيغان. فالأولى اعتبرت أن المزاج هو بعد أو متصل كمي، وأن موقع أي فرد على هذا البعد يمكن قياسه كميا من خلال استجاباته على الاستبيانات المختلفة، ومن ثم فالناس جميعا يقعون على نقاط مختلفة من المتصل الكمي للخجل. أما كيغان فقد اعتبر الكف السلوكي فئة Category، ربما ينتمي إليها الفرد أو لا ينتمي، وهو ما ينطبق كذلك على عدم الكف السلوكي. ويعني ذلك أن الكثيرين من الأطفال يمكن ألا يصنفوا في أي من هاتين الفئتين. وعلى ذلك فإن الفروق بين الأفراد في الخجل هي فروق كمية Quantitative لدى بص وبلومن، وفروق كيفية Qualitative لدى كيغان.

والواقع أن لهذا الفرق بين النظريتين دلالاته ومتضمناته المهمة بالنسبة إلى تصميم الدراسات وإجراءاتها وتفسير نتائجها. فنظرية بص بلومن تناسب التصميمات الارتباطية، وهو ما لا يلائم نظرية كيغان التي تتجه إلى دراسة الفروق بين عينات من الأفراد ينتمون إلى فئات مختلفة. ومن أخطر عيوب الدراسات الارتباطية اعتبارها أن عدم وجود ارتباط جوهري بين مقياسين تم تطبيقهما على عينة عشوائية من الأفراد يؤدي بنا إلى استخلاص خاطئ مؤداه عدم وجود علاقة بين هذين المقياسين. والواقع أن المتغيرات ربما لا ترتبط بالعينة الكلية، أو بالجمهور العام الذي سحبت منه تلك العينة، لكنها ترتبط لدى عينة صغيرة مشتقة من تلك العينة الكلية، ويكون لهذه النتائج أهمية نظرية. والاقتباس التالي لكيغان وزملائه (1993, p. 26) يؤكد ذلك، فهم يقولون: «إن نسبة صغيرة فقط من الأطفال الرضع - تقدر بنحو ١٠ في المائة منهم - هم الذين أظهروا نشاطا حركيا مرتفعا، يصاحبه معدل بكاء مرتفع، وذلك في عمر أربعة شهور، ودرجة عالية من الخوف خلال السنة الثانية من عمرهم، وتسارع في معدل دقات القلب في مواقف الضغط. ولم ترتبط تلك المتغيرات بعضها ببعض إيجابيا في عينة عشوائية كبيرة، ولكنها ارتبطت بعضها ببعض إيجابيا لدى مجموعة صغيرة من الأفراد ورثوا خصائص مزاجية خاصة محددة».

ومن المنظور التاريخي، فإن تقسيم البشر إلى أنماط مختلفة هو افتراض قديم. فقد أشار غالينوس Galen (كاتب وعالم، عمل طبيبا لعدد من الأباطرة الرومانيين، ووضع نظرية في المزاج في القرن الثاني الميلادي) إلى وجود أربعة أنماط من البشر هي: الصفراوي Choleric والسوداوي Melancholic والبلغمي Phlegmatic والدموي Sanguine. ويتحدد النمط الذي ينتمي إليه الفرد بناء على ما في جسمه من كميات أربعة أخلاط هي: العصارة الصفراء Yellow bile والعصارة السوداء Black bile والبلغم Phlegm والدم Blood، وكما هو واضح، فإن هذه النظرية القديمة تفترض وجود أساس بيولوجي للمزاج، ولكنها حددت هذا الأساس في ضوء ما هو متاح من معارف في ذلك الزمن البعيد. وقد أشار إيزنك

Eysenck إلى أن التصنيفات الأربعة الناشئة عن تقاطع العاملين المتعامدين: الانبساط - الانطواء والعصابية - الاتزان الوجداني تمثل أنماطا متشابهة لتلك التي أشار إليها غالينوس، حيث يتشابه النمط الانبساطي غير العصابي لدى إيزنك مع النمط الدموي لدى غالينوس، وكذلك يماثل النمط الانبساطي العصابي النمط الصفراوي، ويماثل الانطوائي غير العصابي النمط البلغمي، وأخيرا يماثل الانطوائي العصابي النمط السوداوي (انظر الشكل ١-١ في الفصل الأول). وعلى الرغم من أن إيزنك أشار إلى أن نظريته هي إحدى نظريات أنماط الشخصية، فإنه تناول في قياسه لتلك الأبعاد، كل منها باعتباره متصلا كميا، وأكد أن الفروق بين الأفراد على أي منها - بناء على استجاباتهم لاستبيان الشخصية - هي فروق كمية وليست كيفية. وقد أدى التحليل العاملي دورا أساسيا في الكشف عن صدق نظرية إيزنك (انظر الفصل الأول)، واعتمدت معظم الدراسات التي أجريت في إطار نظريته على التصميم الارتباطي. وعلى الرغم من أننا نقول على من يحصل على درجة معينة في الانبساط إنه ينتمي إلى النمط المنبسط، وكذلك على من يحصل على درجة ما في الانطواء إنه ينتمي إلى النمط المنطوي، فإن تلك الدرجة التي يصنف الفرد على أساسها في أي من النمطين (الانبساط أو الانطواء) هي درجة تحكمية Arbitrary وليست مشتقة من النظرية ذاتها. أضف إلى ذلك أن مثل هذا النهج يفشل في تفسير العلاقة المتبادلة بين أبعاد الشخصية، وهو ملمح أساسي لأي نظرية في أنماط الشخصية. ولقد أشار كيغان إلى هذا الملمح في تبريره لتوجهه الفئوي Categorical للشخصية، كما هو واضح من الاقتباس السابق. فسمات الشخصية يرتبط بعضها ببعض، ويتفاعل بعضها مع بعض، لتنتج كيفيات Qualities معينة، ولا يمكن اختزال الكيفية المعينة فيما تكونت منه من سمات، وليست الكيفية المعينة مجرد جمع كمي بسيط لتلك السمات.

إن إجابتنا عن السؤال القائل: أيهما أحسن، أن نتعامل مع المزاج باعتباره فئات منفصلة، أم باعتباره أبعادا متصلة؟ هي التي تحدد فهمنا للظواهر المرتبطة بالمزاج، وبكل المتغيرات ذات الصلة به. وكذلك فمن المهم أن نشير

إلى أنه في الوقت الذي تتعامل فيه نظرية بص وبلومين مع الخجل باعتباره بعدا مزاجيا مستقلا ومميزا، فإن كيغان يعتبر الكف السلوكي في المواقف غير المألوفة فئة أكثر اتساعا من الخجل، ويؤكد ضرورة ألا نعادل بين الخجل والكف السلوكي. فبعض الأطفال الخجولين فقط هم من لديهم مزاج مكفوف، والبعض فقط من المكفوفين سلوكيا ربما لا يكونون خجولين.

نتائج الدراسات

نقدم فيما يلي عرضا موجزا لنتائج الدراسات الخاصة بتكوين وظهور الكف السلوكي باعتباره مزاجا تنطبق عليه المحكات الأربعة للمزاج وهي: أن يظهر مبكرا في حياة الفرد، وأن يكشف عن ثبات واتساق عبر الزمن، وأن يمكننا من التنبؤ بسلوك الفرد وردود أفعاله، وأن يكون له أساس بيولوجي.

الظهور مبكرا في حياة الأفراد

لم يبدأ بحث جامعة هارفارد بدراسة صغار الرضع، بل بدراسة صغار الأطفال ممن يبلغ عمرهم واحد وعشرين شهرا. وتم اختيار هذا العمر على وجه التحديد، لأن هناك من الدلائل على أن كل الأطفال يمرون بمرحلة كف سلوكي تجاه الأفراد الغرباء عنهم، والأشياء غير المألوفة لهم خلال الأشهر الأخيرة من سنتهم الأولى (Rothbart & Bates, 1998, p. 135)، وأنهم يكشفون عن درجة عالية من الخوف، سواء عند رؤيتهم للغرباء أو عند انفصالهم عن الأم، وذلك في المرحلة العمرية من ثمانية إلى ستة عشر شهرا، وأنهم يخافون التفاعل مع الأطفال الغرباء، وذلك في المرحلة العمرية من ثمانية إلى واحد وعشرين شهرا (Kagan, 1994, p. 125) لهذا يكون من الأفضل ألا تدرس الفروق الفردية في الكف السلوكي إلا بعد هذه السن (واحد وعشرين شهرا)، أي بعد انتهاء مرحلة عمرية، يكون الطبيعي فيها أن يكشف الطفل عن درجة عالية من الكف السلوكي.

وعلى الرغم من ذلك، فهناك أبحاث تالية درست رضعا يبلغ عمرهم أقل من واحد وعشرين شهرا. فقد درس كيغان (1994 -1998) رضعا في عمر ستة عشر أسبوعا، وخلص إلى أنهم ينقسمون إلى مجموعتين، أطلق على الأولى المرتفعين في رد الفعل High reactive وبلغوا ٢٠ في المائة من العدد الكلي للعينة، وعلى الثانية المنخفضين في رد الفعل Low reactive وبلغوا ٤٠ في المائة من أفراد العينة. وتم هذا التقسيم بناء على علامات ومؤشرات الانزعاج والضيق (تعبيرات الوجه الدالة على الخوف والبكاء والصراخ)، وزيادة النشاط الحركي (حركة الأطراف وتقوس الجسم)، وذلك عند مواجهة الرضيع مناظر أو أصواتا أو روائح جديدة، إذ كان الرضيع يتعرض لدمى متحركة ولأصوات غريبة مسجلة ولشم روائح جديدة وغريبة (غير ضارة صحيا). وتبين أن الرضع مرتفعي رد الفعل لتلك التنبيهات في عمر ستة عشر أسبوعا، كانوا أكثر بكاء وصراخا، حينما تم تقييمهم سواء في عمر أربعة عشر شهرا أو واحد وعشرين شهرا، وذلك عند تعرضهم لمواقف جديدة شملت دمى غريبة وأضواء باهرة متقطعة وراشدين غير مألوفين، وتبين أن ٣ في المائة فقط من مجموعة المرتفعين في رد الفعل هم الذين أظهروا خوفا قليلا، في حين أظهر ٣٥ في المائة منهم خوفا شديدا في تلك المواقف الجديدة، بينما كانت الحال معكوسة بالنسبة إلى مجموعة رد الفعل المنخفض. وتبين كذلك أن الإناث كن أكثر خوفا من الذكور، إذ إن ٨٦ في المائة من الرضع الذين أظهروا خوفا شديدا، سواء في عمر أربعة عشر شهرا، أو في عمر واحد وعشرين شهرا، كن من الإناث (Kagan, 1994, p. 195). وكانت الفروق بين الجنسين أوضح ما تكون عند رؤية الرضيع لراشد يرتدي زي مهرج.

وهناك كذلك ما يدل على وجود فروق فسيولوجية بين مجموعتي الرضع: مرتفعي رد الفعل، والمنخفضين فيه، خصوصا في القياسات التي أجريت لهم في الأسابيع الأولى من العمر. فقد خلص كيغان

(المرجع السابق) إلى وجود فروق في عدد من تلك المقاييس. وسوف نركز هنا على معدل نشاط القلب فقط، إذ وجد كيغان أن مرتفعي رد الفعل كانوا أعلى في معدل نشاط القلب مقارنة بالمنخفضين، وذلك عندما تم قياس هذا المعدل لدى الجنين وقبل ميلاده بأسبوعين تقريبا، وكذلك عند قياسه بعد الولادة بأسبوعين، وفي وضع يكون فيه الرضيع مستغرقا في النوم، وتحمله أمه منتصبا (هذا الوضع ينبه الجهاز السمبثاوي ويزيد من نشاطه، مقارنا بوضع الرضيع وهو نائم على ظهره ممددا) (المرجع السابق، ص٢١٠). لكن لم توجد فروق بين المجموعتين في معدل نشاط القلب عند قياسه في عمر أربعة شهور.

وتبين كذلك أن الزيادة الطارئة في نشاط القلب نتيجة تعرض الرضيع لتنبيه فجائي قوي، مثل وضع نقطة من عصير الليمون المركز على لسانه، قد حدثت لدى عدد أكبر جوهريا من الرضع المرتفعين في رد الفعل، مقارنة بالمنخفضين فيه، سواء في عمر تسعة أشهر، أوعمر أربعة عشر شهرا. وتبين أن الجنس عامل مؤثر في ذلك، خصوصا فيما يتعلق بأثر التفاعل بين الجنس (أو النوع) ودرجة رد الفعل، إذ كان مقدار تلك الزيادة الطارئة في معدل نشاط القلب أكبر لدى الإناث المرتفعات في درجة رد الفعل، مقارنة بأقل الإناث درجة في رد الفعل، في حين لم يكن الأمر كذلك بالنسبة إلى الذكور، إذ كشف أكثر الذكور انخفاضا في رد الفعل عن معدلات نشاط منخفضة للقلب في هذا الموقف، مقارنة بأكثر الذكور ارتفاعا في رد الفعل.

وفي دراسة لكالكنس وزملائه العام (١٩٩٦)، تمت المقارنة بين ثلاث مجموعات من الرضع، صنفوا على أساس ردود أفعالهم في بعض المواقف الضاغطة، حيث اختيرت عينة من الرضع في عمر أربعة شهور في منازلهم من خلال تعريضهم لعدد من المواقف المماثلة لتلك التي استخدمت في دراسة جامعة هارفارد (منبهات بصرية وسمعية وشمية جديدة وغير مألوفة). وبناء على استجابات الرضع في تلك المواقف تبين أنهم ينقسمون إلى ثلاث مجموعات: المجموعة السلبية: (١٤ في المائة من

العينة)، وهي تشبه مجموعة المرتفعين في رد الفعل في دراسة جامعة هارفارد، حيث يكشف الرضع عن نشاط حركي مرتفع، يصاحبه الكثير من علامات الكرب والضيق والانزعاج. والمجموعة الإيجابية (٩ في المائة من العينة) ويكشفون عن نشاط حركي مرتفع، يصاحبه كثير من علامات الوجدان الإيجابي مثل الابتسام والمناغاة. ومجموعة الخامدين أو المنخفضين (١٥ في المائة من العينة)، وهم أقل من المتوسط في النشاط الحركي، ويكشفون عن قدر بسيط من العلامات والمؤشرات الخارجية الدالة سواء على المزاج الإيجابي أو المزاج السلبي.

وكما أشرنا في الفصل السابق، خلص كالكنس وزملاؤه (1996) إلى وجود فروق فسيولوجية بين تلك المجموعات الثلاث من الرضع، وذلك حين كان عمرهم تسعة شهور. فقد كشف أفراد المجموعة السلبية - التي تماثل مجموعة المرتفعين في رد الفعل في دراسة «هارفارد» - عن نشاط كهربائي في الجزء الأمامي الأيمن من المخ، أعلى جوهريا مقارنة بالمجموعتين الأخريين. وتبين أن هذا الاختلاف ظل قائما عند إجراء قياس النشاط الكهربائي للمخ لهؤلاء الأفراد في عمر أربعة وعشرين شهرا (Schmidt & Fox, 1999)، وتبين كذلك أن المجموعة السلبية كانت أعلى المجموعات الثلاث في الكف السلوكي، وذلك في عمر أربعة عشر شهرا. وتم تقدير هذا الكف السلوكي من خلال ردود أفعال الطفل عند دخول شخص غريب إلى حجرة اللعب، ومحاولته حث الطفل على التفاعل معه. أما المجموعة الإيجابية - المرتفعون في كل من النشاط الحركي والوجدان الإيجابي - فكانت أقل المجموعات كفا سلوكيا. وثمة دليل آخر على وجود فروق في السلوك بين تلك المجموعات الثلاث، حيث تبين من الدراسة التتبعية التي أجراها شميت وزملاؤه (1997) أن الأطفال الذين سبق أن صنفوا على أنهم سلبيون وهم رضع في عمر أربعة شهور، كشفوا عن خجل أكثر، مقارنة بالأطفال الذين سبق تصنيفهم في أي من المجموعتين الأخريين. وتبين أيضا أن الأطفال الذين صنفوا في عمر أربعة عشر شهرا على أنهم مكفوفو السلوك قد تم تقييمهم - بالاعتماد على أسلوب الملاحظة - أنهم الأكثر قلقا في مواقف اللعب الحر وهم في عمر أربع سنوات.

وتبين نتائج تلك الدراسات أن ردود أفعال صغار الرضع في المواقف الضاغطة بالنسبة إليهم، وهي تلك التي تتضمن بعضا من الجدة أو الغرابة، تمكننا من التنبؤ بالفروق الفردية في السلوك المكفوف. وكذلك تشير تلك النتائج إلى أن الكف السلوكي مستوفٍ بالفعل للمحك الأول للمزاج، وهو الظهور مبكرا في عمر الفرد، وهو ما يدعم اعتباره خاصية مزاجية أساسية.

الثبات عبر الزمن

تعد مسألة ثبات الخصائص النفسية عبر الزمن إحدى المسائل المعقدة، خصوصا إذا أخذنا في الاعتبار ما يحدث خلال سنوات الطفولة من تغييرات متعددة وشديدة، سواء داخل الطفل نفسه أو في بيئته الاجتماعية. فحتى لو كان المزاج ثابتا عبر الزمن، فإن السلوكيات الظاهرة الدالة عليه تختلف من سن إلى أخرى. فمعدل تكرار سلوك ما كالبكاء مثلا يتغير من عمر إلى آخر، بل ويتغير أيضا المعنى النفسي لهذا السلوك. وكذلك يشهد المخ والجهاز العصبي كثيرا من مظاهر النمو، وهو ما سوف ينعكس على معاني ودلالات القياسات والمؤشرات الفسيولوجية في مختلف الأعمار. وهناك أيضا تغييرات منتظمة في قدرة الطفل على التحكم في انتباهه وتوجيهه (Rothbart & Bates, 1998, p. 118)، ويتعلم الأطفال كذلك كيف ينظمون انفعالاتهم، وبالتالي يمكنهم التحكم في بكائهم وصراخهم في معظم المواقف التي كانوا لا يواجهونها من قبل إلا بالبكاء والصراخ.

وتشهد السنة الثانية من عمر الطفل على وجه التحديد، تغييرات ارتقائية معرفية مهمة. فاللغة ترتقي بسرعة، ويستطيع الأطفال ممارسة اللعب الرمزي Symbolic play، وكذلك فإن طفل الثانية من العمر يكون شاعرا بذاته، بمعنى أنه يصبح قادرا على التفكير في ذاته ككيان مستقل عن العالم المحيط به.

وتشهد بيئة الطفل الخارجية كثيرا من التغييرات الشديدة. فبعد أن كان الوليد يعتمد تماما على الآخرين في تغذيته ونومه وكل شؤون حياته، يصبح شيئا فشيئا أكثر استقلالية وأقل اعتمادا على الآخرين. وبالتدريج يصبح أكثر قدرة على تنظيم سلوكه، وتحمل مسؤولية ما يصدره من سلوك، ويمارس حق الاختيار في كثير مما يقوم به من أنشطة داخل المنزل وخارجه. وكذلك يبدأ الطفل في تكوين علاقات مع أقرانه، ويتفاعل مع عدد كبير من الراشدين والأطفال خارج نطاق أسرته، ويتعلم كثيرا عن نفسه وعن العالم من حوله، وذلك من خلال وسائل الإعلام ووسائل المعرفة الإلكترونية الحديثة مثل الإنترنت.

وتؤثر كل التغييرات التي تحدث للأطفال في محاولات الباحثين للكشف عن مدى ثبات المزاج عبر الزمن. ومع ذلك فعلينا ألا نتغاضى عن مصدر آخر لعدم ثبات الأمزجة، وهو أنها ربما تتغير بالفعل عبر الزمن (Rothbart & Bates, 1998)، ومن الممكن الاعتماد على أنواع متعددة من الأدلة للكشف عن أثر عامل الزمن على المزاج، وما يكشف عنه من ثبات مثل:

أ - متابعة الأفراد لمعرفة ما إذا كان الفرد الذي صنف في مزاج ما، وهو في عمر معين، سيظل منتميا لذات التصنيف في عمر أكبر أم لا.

ب - إذا اعتبرنا المزاج متصلا كميا، فمن الممكن أن نختبر ما إذا كانت ثمة معاملات ارتباط مرتفعة بين درجات الأفراد على هذا المزاج في مراحلهم العمرية المختلفة أم لا.

ج - دراسة مدى نجاح مقاييس المزاج في عمر ما في التنبؤ بسلوك الأفراد في عمر تالٍ، وذلك حال وجود منطق نظري لمثل هذا التنبؤ.

د - إذا كان لدينا عدد من المقاييس يجمعها منطق نظري واحد، ويمكن أن نستخلص منها جميعا درجة كلية واحدة تعد مؤشرا على المزاج في عمر ما، فيمكننا أن نرى مدى التشابه في نمط معاملات الارتباطات المتبادلة بين تلك المقاييس في المراحل العمرية المختلفة.

هـ - إذا كان هناك أساس فسيولوجي لمزاج ما يكشف عن نفسه من خلال مقاييس لنشاط القشرة المخية، فيمكننا أن نختبر مدى وجود ذلك في المراحل العمرية المختلفة.

وعمد الباحثون في دراسة جامعة هارفارد إلى قياس الكف السلوكي - لدى العينة ذاتها - في أربعة أعمار متتالية هي واحد وعشرون شهرا، وأربع سنوات، وخمس سنوات، وسبع سنوات. ويمكننا من خلال معاملات الارتباط بين مقاييس الكف السلوكي في تلك المراحل العمرية أن نعرف مدى الثبات في هذا المزاج. لكن - في البداية - علينا أن نعي أن معاملات الارتباط في تلك الدراسة هي لعينات مختارة من المكفوفين سلوكيا وغير المكفوفين، ومن ثم علينا أن نتوقع أنها ربما تكون أعلى من تلك التي يمكن الحصول عليها بدراسة عينات عشوائية من الأطفال. وعلى أي حال، تبين من تلك الدراسة أن الكف السلوكي في عمر واحد وعشرين شهرا ارتبط بالكف السلوكي في عمر أربع سنوات بمعامل ارتباط قدره ٠,٤٦، وبالكف السلوكي في عمر خمس سنوات بمعامل ارتباط قدره ٠,٥٢، وبالكف السلوكي في عمر سبع سنوات بمعامل ارتباط قدره ٠,٧٨ وكلها كانت ارتباطات دالة إحصائيا.

ومن الممكن أن نحصل على دليل آخر لثبات المزاج، وذلك من خلال معرفة ما إذا كان الأطفال الذين يصنفون في فئة مزاجية معينة في عمر معين يظلون كذلك في عمر تالٍ أم لا. وبيانات دراسة جامعة هارفارد عن الرضع المرتفعين في رد الفعل والمنخفضين فيه تسعفنا في هذا الأمر (Kagan, 1994, p. 91)، حيث تبين أنه من بين عشرين رضيعا مرتفعين في رد الفعل في عمر أربعة شهور، أظهر ثمانية منهم درجة عالية من الكف السلوكي في عمر ثلاث سنوات ونصف السنة، ومن بين ثمانية وعشرين رضيعا منخفضين في رد الفعل، أظهر أربعة عشر منهم درجة عالية من عدم الكف السلوكي. ويعني هذا أن ٤٠ في المائة من مرتفعي رد الفعل و٥٠ في المائة من منخفضي رد الفعل وافقوا التوقع، وظل كل منهم في الفئة المزاجية التي كان فيها منذ أكثر من ثلاث سنوات سابقة. وربما يبدو للبعض أن تلك

النتائج لا تعد دليلا قويا على ثبات المزاج عبر الزمن، لكننا يجب ألا نطمع - حاليا على الأقل - في نجاح أكثر من ذلك، نظرا إلى ما تشهده الفترة الزمنية بين القياسين من تغييرات كثيرة وشديدة، سواء داخل الطفل نفسه أو في بيئته الخارجية. وتتسق نتائج تلك الدراسة لثبات المزاج مع نتائج دراسات لثبات الذكاء عبر سنوات الطفولة، حيث تبين أن هذا الثبات يكون متوسطا، ولا يكون مرتفعا إلا بعد انتهاء سنوات الطفولة المتوسطة. وربما تمدنا دراسة كيغان وزملائه (1988) بدليل أقوى عن ثبات المزاج، إذ تبين أن ٧٥ في المائة من الأطفال الذين صنفوا مكفوفين سلوكيا في عمر واحد وعشرين شهرا، كانوا خجولين بعد ذلك بست سنوات.

وهناك أيضا ما يدل على أن الكف السلوكي للطفل في سن ما، يمكننا من التنبؤ بأنماط سلوكية محددة له في سن لاحقة. ففي دراسة شميت وزملائه (1997) بلغ معامل الارتباط بين الكف السلوكي للطفل في عمر أربعة شهور وتقدير الأم لمستوى خجله في عمر أربع سنوات ٠,٥٢، وكذلك أشارت نتائج دراسة جامعة هارفارد إلى أن الكف السلوكي للطفل في عمر واحد وعشرين شهرا قد ارتبط بتقدير الأم لمستوى خجله في عمر خمس سنوات ونصف السنة (بلغ الارتباط ٠,٥٥)، وفي عمر سبع سنوات ونصف السنة (بلغ الارتباط ٠,٦٦).

ولاشك في أن المزاج المكفوف المعين لا يقاس ويكشف عنه بذات المقاييس والمؤشرات في مختلف الأعمار. وعلى سبيل المثال، فردود أفعال الرضع على الدمى الغريبة ليست ملائمة للكشف عن الكف السلوكي لدى الأطفال الأكبر، بل يكون الملائم هنا هو دراسة تفاعلاتهم مع أقرانهم، أو كلامهم التلقائي عند وجودهم مع راشدين غير مألوفين. ومع ذلك فإن مقاييس الكف السلوكي في كل عمر غالبا ما تكون مترابطة، إذ يجمعها منطق نظري واحد، وهو ما يمكننا من أن نستخلص منها مؤشرا كليا للكف السلوكي في هذه المرحلة. وبشكل عام، فإن تلك المؤشرات تشير إلى قدر من الثبات النسبي في الكم السلوكي من عمر إلى آخر، خلال سنوات الطفولة.

ففي عمر واحد وعشرين شهرا تتضمن مقاييس الكف السلوكي كُمون Latency التوجه والاقتراب نحو شيء أو راشد غير مألوف، والالتصاق بالأم والبكاء والصراخ وتعبيرات الوجه الدالة على الكرب والأسى والاضطراب والتوقف عن اللعب. أما في عمر أربع سنوات، فيتم التركيز على مواقف اللعب الحر، وكمون التوجه والاقتراب نحو طفل آخر، والزمن الكلي لحرص الطفل على أن يكون شديد القرب من أمه، ومعدل تكرار النظر إلى كل من الأم وإلى طفل آخر، ومعدل تكرار الاقتراب من طفل آخر. أما في عمر سبع سنوات ونصف السنة، فيتم الاعتماد على أسلوب الملاحظة المقننة (المنظمة) للأطفال في مواقف اللعب الحر، وقياس المسافة التي يحرص الطفل على أن تظل قائمة بينه وبين الأطفال الآخرين ومعدل كلامه، سواء مع الأطفال الآخرين أو مع الراشدين، ومعدل تكرار صياحه وشجاره وابتسامه وضحكه. أما في جلسة الاختبار «الرسمية» والتي عادة ما تتم في معمل علم النفس، فيتم تقدير كمون كلام وتعليقات الطفل التلقائية للباحث الراشد، ومعدل تكرار حركات اليدين وأعضاء الجسم الأخرى، وتكرار الابتسام والضحك، وكذلك وضوح الصوت ونقائه وسلاسته عند الكلام.

وفيما يتعلق بالمقاييس والمؤشرات الفسيولوجية، سبق أن أشرنا إلى أن فاعليتها وكفاءتها تختلف من عمر إلى آخر. فبالنسبة إلى صغار الأطفال، نجح كل من مقياس معدل نشاط القلب ومقياس نسبة الكورتيزول في اللعاب في التمييز بين الأطفال المكفوف سلوكهم وغير المكفوفين، لكنهما كانا أقل نجاحا في التمييز بين الأطفال الأكبر، سواء من بلغ عمرهم أربع سنوات(Schmidt et al., 1997) أو سبع سنوات ونصف السنة (Kagan et al., 1988)، وربما يرجع عدم الاتساق هنا، لا إلى متغير العمر في حد ذاته، بل إلى التغييرات المصاحبة لزيادة العمر. فمع تقدم الأطفال في العمر يزداد التباين فيما بينهم في أنواع المواقف غير المألوفة وطبيعتها. فربما يكون موقفا ما غير مألوف بالنسبة إلى بعضهم، لكنه ليس كذلك بالنسبة إلى البعض الآخر. لهذا فعندما تم تقليل هذا التباين واختيار موقف يشعر فيه معظم الأطفال الخجولين في عمر السابعة بالارتباك والاضطراب (حيث يطلب من الطفل أن يتكلم، ونخبره أننا سنسجل

ما يقول بالصوت والصورة لنعرضه بعد ذلك على أطفال آخرين ليعلقوا عليه)، تبين وجود ارتباطات جوهرية بين التغييرات في مستوى الكورتيزول وإدراك الطفل لكفاءته الاجتماعية (Schmidt et al., 1999). ومع ذلك، وعلى الرغم من وجود صعوبات في تفسير المؤشرات الفسيولوجية والوقوف على دلالة نتائجها في الأعمار المختلفة، فقد لقي التصور النظري المفترض لتكوين الكف السلوكي دعما إمبريقيا لا بأس به من تلك الدراسات، خصوصا إذا توقفنا عند مؤشراتها العامة.

وخلاصة القول، هناك أدلة متعددة ومتنوعة في طبيعتها على أن الفئة المزاجية للكف السلوكي تظل ثابتة نسبيا خلال سنوات الطفولة. ويعني هذا أنه بالإمكان تحديد أصول الخجل مبكرا منذ مرحلة الرضاعة، وذلك لدى بعض الأطفال على الأقل. ومع ذلك هناك - على الجانب الآخر - ما يشير إلى أن وضع الطفل وتصنيفه في فئة مزاجية ما ربما يتغير بتقدمه في العمر، وهو ما يدعونا إلى مزيد من المراجعة المستمرة والدقة في تصورنا وتحديدنا لطبيعة المزاج، وما يمكن أن تمارسه البيئة الاجتماعية عليه من آثار، وكذلك ما قد يكون في وسائل وأدوات قياسنا للمزاج من ثغرات ونواقص تحتاج إلى إعادة نظر.

وسعى بعض الباحثين إلى دراسة مدى ثبات المزاج عبر مدى زمني يتخطى سنوات الطفولة. فقد أجرى كير وزملاؤه (Kerr et al., 1994) دراسة تتبعية على عينة من الأطفال السويديين الذين ولدوا في الفترة ما بين ١٩٥٥ و١٩٥٨، وتم تقدير خجل هؤلاء الأطفال بوساطة الأم ومجموعة من الملاحظين في أربعة أعمار متعاقبة، هي في سنتهم الأولى، وفي عمر واحد وعشرين شهرا، وفي عمر ست سنوات (أجري التقدير بوساطة الملاحظين فقط)، وفي عمر ست عشرة سنة (تقدير الأمهات فقط). واتساقا مع نتائج الدراسات الأمريكية، تبين وجود قدر متوسط من الثبات بين التقديرات التي تمت في عمر واحد وعشرين شهرا، وتلك التي تمت في عمر ست سنوات (معامل الارتباط ٠,٥١ للبنات، و٠,٥٤ للأولاد)، وذلك على عينة تضمنت من يعاني الكف السلوكي الشديد، ومن يكشف عن درجة عالية جدا من عدم الكف السلوكي.

وعند متابعة هؤلاء الأفراد في عمر ست عشرة سنة، تبين أن هناك قدرا كبيرا من الثبات في الكف السلوكي لدى الإناث اللاتي سبق أن صنفن على أنهن شديدات الكف السلوكي في طفولتهن المبكرة. أما الإناث اللاتي سبق أن قدر أنهن مرتفعات في عدم الكف السلوكي، فقد كشفت درجاتهن عن الاتجاه نحو التوسط والاعتدال، وأصبحن أكثر قربا من المتوسط العام للإناث ككل. أما بالنسبة إلى الذكور، فكان الثبات أقل، وتشير تلك النتائج في مجملها إلى أن الثبات في المزاج عبر الزمن يكون أكثر وضوحا لدى المجموعات المتطرفة (ذوي الكف السلوكي وعدم الكف الشديد)، وهو ما يدعم رأي كيغان، الذي يرى أن الفروق بين الأطفال المكفوفين سلوكيا وغير المكفوفين هي فروق نوعية وليست كمية.

وثمة دليل آخر من الدراسات التتبعية التي أجريت في كل من أمريكا والسويد على أن هذا الثبات في المزاج الدال على الخجل يظل مؤثرا في الفرد حتى سنوات الرشد (Caspi et al., 1998 Kerr et al., 1996)، حيث تبين أن الرجال الخجولين يتزوجون في سن متأخرة مقارنة بالرجال غير الخجولين (الفارق ثلاث سنوات)، وأنهم ينجبون ويبدأون في تكوين أسرة متأخرين أيضا بالمقارنة بغير الخجولين (الفارق ثلاث سنوات أيضا)، لكن لا توجد فروق في ذلك بين السيدات الخجولات وغير الخجولات. وتشير نتائج الدراسة الأمريكية (وليس السويدية) إلى أن الرجال الخجولين يتأخرون في الانخراط في عمل أو مهنة دائمة مستقرة، وأن دخلهم المادي يكون أقل مقارنة بغير الخجولين. أما الدراسة السويدية، فخلصت نتائجها إلى أن مستوى تعليم النساء الخجولات أقل من مستوى تعليم غير الخجولات. ولا شك في أن هناك اختلافات بين المجتمعين الأمريكي والسويدي في كثير من الجوانب المتعلقة بالعمل، وأشكال الزواج، ودور المرأة في المجتمع، والاتجاهات نحو الخجل (الخجل يبدو شيئا سلبيا ومرفوضا في أمريكا أكثر منه في السويد، ما يجعل المقارنة بين نتائج الدراسات فيها ليست

بالأمر السهل. ومع ذلك تشير النتائج في مجملها إلى أثر الخجل في حياة الرجال بشكل عام، وفي قدرتهم على إقامة العلاقات الاجتماعية الحميمة، خصوصا مع الجنس الآخر).

وكذلك أشارت نتائج الدراسات إلى أن للكف السلوكي والخجل تأثيرا كبيرا في جوانب أخرى من سلوك الطفل وارتقائه. فقد توصل أيزنبرغ وزملاؤه (1998) إلى أن الخجل لدى الأطفال يرتبط بالانفعالات السلبية والقلق والعصبية والشعور بالانضغاط. كما وجد هيرشفيلد وزملاؤه (Hirchfeld et al. 1992) أن الأطفال المكفوفين بشكل متسق، أي أولئك الذين يكشفون عن كف سلوكي في أعمار مختلفة، كانوا أكثر إصابة بمرض القلق، مقارنة بالأطفال الذين كانوا مكفوفين فقط في عمر واحد وعشرين شهرا، ولم يكشفوا عن كف سلوكي مماثل في أعمار أخرى لاحقة. أما فان أميرنغن وزملاؤه (Van Ameringen et al., 1998) فخلصوا من دراستهم على مجموعة من الراشدين من مرضى القلق الذين دخلوا المستشفى للعلاج، إلى أن هؤلاء المرضى أقروا بأنهم كانوا يعانون الكف السلوكي بانتظام عبر سنوات طفولتهم. وارتبطت درجات هؤلاء الأفراد على مقياس للكف السلوكي في المواقف الاجتماعية بدرجاتهم على مقاييس للقلق، وحصل المرضى الذين شخصوا تشخيصا أوليا على أنهم يعانون الرهاب الاجتماعي Social phobia على درجات أعلى في المخاوف الاجتماعية Social fears، مقارنة بالمرضى ذوي التشخيصات الأولية الأخرى.

على الجانب الآخر، يبدو أن للكف السلوكي والخجل وجههما الإيجابي، إذ ربما يساعدان الفرد ويحصنانه ضد بعض مشكلات التوافق. فقد وجد كير وزملاؤه (1997) أن الذكور الذين صنفوا على أنهم مكفوفون سلوكيا في عمر ١٠ إلى ١٢ سنة كانوا أقل في الأنشطة الإجرامية والسلوكيات المضادة للمجتمع في عمر ١٣ -١٥ سنة، حتى لو كانوا قد كشفوا عن بعض السلوكيات السيئة وغير التوافقية في مرحلة مبكرة من حياتهم.

وكذلك، فللخجل أثره في علاقات الراشد الاجتماعية طويلة المدى. فقد درس أزيندورف وويلبرز (1998) تطور العلاقات الاجتماعية لمجموعة من طلبة الجامعة من الذكور والإناث بدءا من التحاقهم بالجامعة، ولمدة ثمانية عشر شهرا تالية على ذلك. وتبين أنه كلما كان الطالب - ذكرا كان أو أنثى - خجولا، كان أبطأ وأضعف في تكوين شبكة علاقات بناءة بزملائه خلال السنة الأولى. وإذا كانت شبكة علاقات الطالب الخجول نصف شبكة علاقات زميله (أو زميلتها) غير الخجول، وذلك عند انتهاء السنة الأولى (بعد اثني عشر شهرا من بدء الدراسة)، فإن الخجولين استمروا في تطوير تلك الشبكة وزيادتها خلال الشهور الستة التالية، وهو ما حدث أيضا لدى غير الخجولين. وتبين كذلك أن الطلبة الخجولين كانوا أبطأ وأضعف في تكوين علاقات عاطفية مع طرف من الجنس المقابل (حيث كان احتمال حدوث ذلك لدى الخجولين في نهاية الأشهر الثمانية عشر ٣٧ في المائة، في حين بلغ هذا الاحتمال ٧٣ في المائة لدى غير الخجولين).

التنبؤ بأساليب السلوك

ناقشنا في ما سبق بعض الأدلة على أن الكف السلوكي يمكننا من التنبؤ بأنماط محددة من السلوك، وهي تلك الأدلة الخاصة بمدى ما يكشف عنه الفرد من اضطراب وقلق وانزعاج عند مواجهته مواقف وأشخاصا غرباء وغير مألوفين بالنسبة إليه. وفي عمر السابعة، يكون الأطفال قد التحقوا بالمدرسة وتفاعلوا مع عدد كبير من الراشدين والأطفال الآخرين خارج نطاق أسرهم. وفي هذا العمر تصبح الفروق المزاجية أشد صلة وارتباطا بالصمت، ومن ثم فإن مقاييس الكلام تميز باتساق بين الخجولين والأقل خجلا. وقد أمدتنا ماري آن إيفانز Mary Ann Evans بكثير من النتائج عن أثر الخجل والصمت في ارتقاء لغة الأطفال، وذلك من خلال سلسلة الدراسات التي أجرتها في جامعة غولف Guelph الكندية، وهو ما نعرض له الآن باختصار.

لوحظ في إحدى تلك الدراسات (Evans 1987) الفروق الفردية في اللغة لدى عينة من أطفال دور الحضانة، وذلك من خلال وقت مشاركتهم Sharing time في مواقف التفاعل الاجتماعي داخل فصولهم الدراسية. وكان على كل طفل أن يصف شيئا ما حديثا رآه أو قام به، وذلك على مسمع من مدرس الفصل وباقي التلاميذ. وتبين أن الأطفال الخجولين الصامتين يكشفون في سردهم عن عدد قليل من الأفكار ورؤوس الموضوعات، ويعبرون عن الفكرة المعينة بعدد قليل من الكلمات، ويستخدمون - في المتوسط - جملا أقصر، وتكون إسهاماتهم الخاصة بسيطة وضعيفة. وإذا حدثت، فهي مرتبطة تماما بالأشياء التي يتحدثون عنها، إذ لا يميلون إلى الاستفاضة في الكلام عما يتحدثون عنه، ولا يبادرون - من تلقاء أنفسهم - بتقديم معلومات عما يتحدثون فيه. وإذا طلب المدرس منهم مزيدا من التوضيح والاستفاضة فيما يتكلمون فيه، أو وجه إليهم سؤالا يتعلق بما يقولون، فإما أنهم لا يستجيبون أو تكون إجاباتهم اللفظية مختصرة جدا، هادفين من ذلك إلى قطع سبل استمرار الحوار والمناقشة مع المدرس.

وكما بينت نتائج دراسة إيفانز وبينرت (Evans & Bienert, 1992)، فإن المدرسين يتضايقون من هذا الصمت، ويشعرون بعدم الراحة من جراء تلك الاستجابات اللفظية القليلة من الأطفال الخجولين. لذلك، فإنهم يوجهون إلى الطفل الخجول مزيدا من الأسئلة، بهدف حثه على مزيد من الكلام والاسترسال، لكن ذلك أيضا لم يكن يؤدي إلى زيادة ملموسة في كلام الطفل وثرائه. إذ كان يجيب باختصار شديد، ومن دون أن يبذل أي محاولة لعمل ما يسمح بحوار ثري متبادل مع مدرسه. وبشكل عام كان الأطفال الخجولون أقل طلاقة لفظية عندما يوجه إليهم المدرس أسئلة مباشرة (أسئلة يمكن الإجابة عنها بنعم أو بـ لا، أو أسئلة مغلقة تبدأ بإحدى أدوات الاستفهام)، لكنهم يصبحون أكثر طلاقة عندما يتبنى المدرس نمطا حواريا في محادثته مع الطفل (تعليقات وجمل تقريرية)، ما يدفع الطفل إلى إثراء كلامه، ويظهر إسهاماته وعباراته الشخصية. واللافت للنظر أن تلك الفروق في الكلام بين الأطفال الخجولين وغير الخجولين ظهرت في مواقف محكمة محددة،

لا يتكلم الطفل فيها وقتما يشاء، بل حينما يأتي دوره في الكلام. والطفل يعرف ذلك تماما، ويعرف ما هو متوقع منه، ومن ثم فهذه المواقف تعتبر مألوفة إلى حد كبير، إذ يعايشها الأطفال ربما كل يوم في المدرسة، ومع ذات الراشد (المدرس) وذات الجماعة (زملاء الفصل)، وعلى الرغم من ذلك، وجدت تلك الفروق في الكلام بين الخجولين وغير الخجولين من الأطفال.

وهناك ما يشير إلى أن تلك الفروق توجد أيضا في المواقف المقننة لتقدير اللغة، سواء مواقف قياس اللغة التعبيرية Expressive vocabulary، أو اللغة الاستقبالية Respective vocabulary. وعرضت إيفانز (1993) لعدد من الدراسات في هذا الصدد، أجريت على عينات من الأطفال تراوحت أعمارهم بين ٣ و١١ سنة. وصنفت تلك الدراسات إلى ثلاث مجموعات: دراسات جرى فيها قياس الأداء اللغوي للأطفال في مواقف محددة وبمقاييس مقننة، وأخرى جرى فيها قياس الأداء اللغوي في مواقف تفاعلات اجتماعية حرة تُسجَّل بالصوت والصورة، ثم تحليلها بعد ذلك، ودراسات أخرى جرى فيها قياس الأداء اللغوي للطفل كاستجابة لمواقف افتراضية، حيث يطلب من الطفل فيها أن يتكلم عما يمكن أن يفعله في موقف افتراضي معين. وتبين أن الأداء اللغوي للأطفال الخجولين كان أضعف في كل تلك الأنواع الثلاثة من الدراسات مقارنة بغير الخجولين. وفُسر هذا الضعف باعتبار أنه يرجع إلى الانسحاب الاجتماعي الشائع لدى الأطفال الخجولين، الذي يقلل – من دون شك – من فرص وعدد مرات تفاعلهم الاجتماعي، الأمر الذي يمارس تأثيرا سلبيا شديدا على كفاءتهم اللغوية.

ومن المهم عند تفسيرنا لتلك النتائج أن نميز بين مفهومي الأداء Performance والكفاءة Competence، فإيفانز ترجع هذا الضعف اللغوي لدى الأطفال الخجولين إلى نقص في كفاءتهم اللغوية، لأنها تفترض أن تلك الاختبارات تقيس القدرات Abilities اللغوية للأطفال. لكن هذا ليس التفسير الوحيد بالضرورة، بل من الممكن أن نفترض أن الخجل يؤثر في عملية القياس ذاتها. ذلك لأن أغلبية الدراسات تقيس الأداء اللغوي للطفل من خلال مواقف يكون فيها الطفل والباحث معا

وجها لوجه. والثابت من دراسات الكف السلوكي التي عرضنا لها سابقا أن أيا من التفاعل مع راشد غريب أو التعرض لموقف اختبار يؤدي إلى فروق كبيرة في الأداء بين الأطفال المكفوف سلوكهم وغير المكفوفين.

فالخجل يمكن أن يمارس تأثيره السلبي على الأداء عبر عدة طرق، كأن يؤثر سلبيا في عمليات الانتباه (انظر الفصل الثاني)، فهو يؤدي إلى حدوث تداخل وتشوش معرفي، يؤدي بدوره إلى إعاقة توليد الاستجابات على الاختبارات اللفظية أو اختبارات اللغة. وكذلك فالأطفال الخجولون يضعون لأنفسهم معايير أكثر صرامة عند اختيارهم لاستجابة ما يعتقدون أنها الصحيحة والملائمة لموقف معين، ويقلقهم كثيرا إمكان وقوعهم في أي خطأ أو إصدارهم سلوكا غير ملائم، وهو ما يسبب لهم كثيرا من الارتباك. ولعل هذا هو السبب فيما يكشفون عنه من فترات كمون طويلة قبل أن يصدروا استجابتهم، بل ومقاومتهم إصدار أي استجابة على الإطلاق. ويعني هذا الطرح البديل لتفسير إيفانز أن ما يبديه الأطفال الخجولون من ضعف لغوي، إنما يعكس ضعفا في الأداء، وليس ضعفا في الكفاءة. ومن ثم فإن درجات الأطفال الخجولين على مقاييس اللغة هي أقل من قدراتهم العقلية الفعلية. لكن إيفانز (1993 p. 203) ترفض صراحة هذا الطرح البديل، معتمدة في ذلك على ما تبين من أن هذا الأداء الضعيف للأطفال الخجولين، ظهر عند أدائهم على اختبارات لمفردات اللغة لا تتطلب منهم استجابات لفظية، بينما لم يظهر عند أدائهم مهمات غير لفظية، وعلى ذلك فإنه من الواضح أن تلك القضية في حاجة إلى مزيد من الدراسة والبحث.

وتقدم لنا مقاييس اللغة صورة واضحة متسقة عن كلام الأطفال الخجولين، خصوصا فيما يتعلق بكل من مدى كمون وتكرار التعليقات اللفظية التلقائية للطفل في محادثاته وحواراته في المواقف الاجتماعية غير المألوفة بالنسبة إليه. وأهم ما تؤكده تلك الصورة أن الصمت هو حجر الزاوية وأهم أركان الخجل وجوهره لدى الأطفال، بل - كما رأينا في الفصل الثاني - لدى الراشدين أيضا. ويعني هذا أن سلوكيات

الصمت ما هي إلا تواصل واستمرار لمظاهر الأسى والاضطراب والقلق التي يبديها الرضع المكفوفون سلوكيا عند مواجهتهم مواقف جديدة من أي نوع. ويعتمد كيغان (1994) في تفسيره للصمت على ما ثبت من وجود تشابه في الاستجابة لمواقف الخوف بين الإنسان وغيره من بعض الكائنات الحية الأخرى، ووجود أساس عصبي بيولوجي لتلك الاستجابات التي يغلب عليها طابع التجمد Freezing، فهو يرى أن الصمت نوع من التجمد للكلام. ويدعم كيغان تصوره هذا بالعديد من الأدلة التي تشير إلى أن استجابات الأطفال المكفوفين تحددها نفس المناطق العصبية من القشرة المخية والناقلات العصبية المسؤولة عن تنظيم انفعال الخوف، مشيرا إلى الدور الرئيس الذي تمارسه في هذا الشأن منطقة اللوزة والوصلات العصبية الرابطة بينها وبين جذع المخ الأسفل. ونعرض في الجزء التالي ملخصا للأدلة التي تشير إلى وجود أساس بيولوجي عصبي Neurobiological للمزاج، ونعرض كذلك لعدد من النتائج الشائقة عن الفروق بين الأطفال المكفوفين سلوكيا وغير المكفوفين، مثل الفروق بينهم في لون العين، وشكل وملامح الوجه، وقابلية الإصابة بالمرض. وعلى الرغم من أن تلك الفروق ليست حاسمة بالقدر الكافي من الوضوح لكنها ربما تدعم التصور القائل بوجود أساس بيولوجي عصبي للمزاج.

الأسس البيولوجية للمزاج

على الرغم من أن النسق المسؤول عن تعامل الكائن البشري مع خبرات ومواقف الخوف، وما يحدث فيها من تغييرات جسدية تهيئ الفرد إما للمواجهة والتصدي وإما للهروب والابتعاد هو نسق معقد، فإن العديد من الأبحاث نجحت إلى حد كبير في تحديد مكونات هذا النسق ودور كل منها. فلقد أمكن من خلال كثير من الدراسات، التي أجري بعضها على الحيوانات والبعض الآخر على الإنسان، تحديد أدوار عدد من المناطق العصبية في هذا الشأن، منها الجزء الجبهي من القشرة المخية، وأجزاء من الجهاز العصبي الطرفي، بما في ذلك اللوزة Amygdala (خصوصا النواة المركزية

Central nucleus) وحصان البحر (قرن آمون) Hippocampus، ومحور المهاد التحتاني Hypothalamus – الغدة النخامية Pituitary الغدة الأدرينالية (الكظرية) Adrenal (*). وركزت الدراسات التي اهتمت بمزاج الكف السلوكي على قياس عدد من مؤشرات هذا النسق، مثل معدل نشاط القلب، وتباين هذا المعدل، والنشاط الكهربي للشق الجبهي الأيمن من المخ ومستوى الكورتيزول في اللعاب. ويعتبر معدل نشاط القلب وتباينه أهم المؤشرات الدالة على ازدياد نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي لمواجهة ما يتعرض له الفرد من خطر أو تهديد، حيث تنتقل الدفعات العصبية من المنطقة المركزية في اللوزة إلى «المهاد التحتاني»، مؤدية إلى تغييرات في معدل نشاط القلب، وإلى النخاع Medulla الذي يطلق «هرمون الإبينيفرين» Epinephrine، الذي يؤثر أيضا في معدل نشاط القلب. ويختص الجزء الأمامي (الجبهي) من القشرة المخية بالانفعالات، إذ يرتبط الجزء الأيمن منه بالانفعالات السلبية مثل الاكتئاب، ويرتبط بوجه خاص بالكف السلوكي، وبالفروق الفردية في قلق الرضع من الغرباء، والشعور بالاضطراب والقلق عند الانفصال عن الأم (Fox & Davidson, 1987)، أما «الكورتيزول» فهو هرمون ينتشر في الدم لتنشيط تكوين البروتين اللازم لإمداد الجسم بمزيد من الطاقة التي تؤهله لإصدار الاستجابات التي تمكنه من مواجهة التهديد أو الهروب منه.

وأشار كيغان (1994) إلى أن الفروق الفردية في الاستجابة لغير المألوف (أشياء أو مواقف أو أشخاص) وللضغط النفسي Stress ترتبط بزيادة نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي، وأن ذلك يرجع إلى فروق ولادية Innate – لا أثر للبيئة الخارجية فيها – في مستوى عتبة الاستثارة في منطقة اللوزة، والوصلات العصبية بينها وبين

(*) الغدة الأدرينالية أو الكظرية أو فوق الكلوية: هي غدة صماء تفرز العديد من المركبات الحيوية، وتنقسم إلى جزأين: الأول داخلي ويسمى النخاع (Adrenal medulla)، وهو المسؤول عن إفراز الكاتيكولامينات المتضمنة الأدرينالين (أو الإبينيفرين) والنورأدرينالين (أو النورإبينيفرين) والدوبامين، وهي مجموعة من الهرمونات والنواقل العصبية المسؤولة عن تنظيم رد الفعل الصادر في مواجهة المواقف الطارئة من خلال استثارة الشق السمبثاوي من الجهاز العصبي اللاإرادي. أما الجزء الخارجي منها فيسمى القشرة (Adrenal cortex)، وهو المسؤول عن إفراز العديد من الهرمونات، أهمها الكورتيزول الذي تلزم المستويات الطبيعية منه لاستمرار الحياة، وتزداد مستويات إفرازه عند مواجهة الفرد ضغوطا جسدية أو نفسية [المترجم].

الهيبوثلاموس، وأجزاء أخرى من المخ. وللتأكد من صحة هذه النظرية جرت المقارنات بين الأطفال المكفوف سلوكهم والأطفال غير المكفوفين على مقاييس لنشاط الجهاز العصبي السمبثاوي.

وبالإضافة إلى النتائج التي تشير إلى وجود فروق فردية في نشاط الجهاز العصبي المستقل، بشقيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، مثل مقاييس معدل نشاط القلب (انظر الفصل الثاني)، هناك أيضا ما يدل على أن الأطفال الخجولين (المكفوف سلوكهم) يبدون نشاطا مرتفعا في إفراز قشرة الغدة الكظرية Adrenocortical، ففي لعابهم كمية أكثر من هرمون الكورتيزول، وتركيز مادة النورإبينيفرين Norepinephrine (النورأدرينالين) في بولهم مرتفع، فضلا على ارتفاع النشاط الكهربائي للجزء الأمامي الأيمن من المخ. وخلص بيل وزملاؤه (Bell et al. 1997) إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين الخجل ومعدل إفراز الأفيونات الطبيعية Opioid peptides، وذلك على عينة من كبار السن، حيث تبين أن نسبة البيتا إندورفين beta-endorphin في الدم كانت أعلى لدى الأفراد الخجولين من كبار السن، مقارنة بالأفراد الأقل خجلا [*]. والمعروف أن هذه الأفيونات هي المسؤولة عن تنظيم ضغط الدم والاستثارة. وعلى الرغم من أن تلك الفروق ربما تبدو للبعض غير مقنعة، فإننا يجب ألا ننظر إليها كنتائج جزئية مبعثرة لا رابط بينها، بل علينا أن ننظر إلى نمط تلك الفروق واتجاهها ودلالتها العامة، لأن هذا النمط هو الذي يمكن أن نربطه بما هو موجود من معلومات فسيولوجية عن هذا النسق.

وبالإضافة إلى ذلك، يمكننا مقارنة تلك النتائج بنتائج دراسات مماثلة على كائنات حية أخرى. فعلى سبيل المثال، استخدم لي دوكس (Le Doux 1998) وزملاؤه إجراءات التشريط Conditioning لدراسات الاستجابات الانفعالية. والتشريط عملية من عمليات التعلم، يربط فيها بين المنبهات الشرطية والطبيعية (غير الشرطية) المختلفة. وفي أبحاث بافلوف Pavolv (صاحب

(*) الأفيونات الطبيعية: هي ناقلات عصبية كيميائية يفرزها الجسم وتقوم بدور مهم في نظام تسكين الألم الذي يتعرض له جسم الإنسان، وذلك عن طريق تقليل نشاط الخلايا العصبية الناقلة للإحساس بالألم، وتنظيم إفراز بعض الهرمونات. وعندما يتعرض الإنسان إلى خطر الإدمان وتعاطي بعض أنواع المواد المخدرة، فإن ذلك يؤدي إلى توقف إفراز تلك الأفيونات الداخلية، ويصبح الاعتماد على المخدر الذي يتعاطاه الفرد من الخارج، ويكون هو السبيل لتسكين الآلام الشديدة التي يتعرض لها المدمنون نتيجة انسحاب المخدر من الدم، والتي لا يمكنهم تحملها [المترجم].

هذا الأسلوب من أساليب التعلم) كان الطعام يُقدم إلى الكلاب الجائعة مصحوبا دائما بصوت جرس، وبعد عدة مرات من تلك المزاوجة بين تقديم الطعام وصوت الجرس، كانت الكلاب تفرز اللعاب بمجرد سماعها صوت الجرس وحده، من دون تقديم الطعام. والطعام هنا يسمى المنبه الطبيعي (غير الشرطي) Unconditioned stimulus، أما صوت الجرس - أو أي منبه آخر محايد لا علاقة له بالطعام أو بإفراز اللعاب - فيسمى المنبه غير الطبيعي (الشرطي) Conditional stimulus، وإذا طبقنا ذلك على تعلم الخوف عن طريق التشريط، فتتم المزاوجة بين منبه محايد ومنبه آخر حقيقي للخوف، كأن نزاوج بين صوت ما وصدمة كهربائية خفيفة، حيث نقدم الصوت أولا، ثم نعرِّض الكائن للصدمة الكهربائية. وبتكرار ذلك عدة مرات، سنجد أن الصوت تحول من منبه محايد من الأساس إلى منبه شرطي قادر على استثارة نمط الاستجابات الدالة على الخوف نفسه، والتي تثيرها الصدمة الكهربائية.

وإذا قُدم المنبه الشرطي في أثناء قيام الحيوان بأي سلوك مثل الضغط على ذراع معدنية مثلا للحصول على طعام، فإن الحيوان سوف يتوقف عن هذا السلوك، ويكفه في الحال ويجمده. إن هذا الكف السلوكي في استجابة الحيوان يمكن اعتباره مماثلا تماما لتوقف الطفل عن اللعب، أو التوقف عن السلوك الاستكشافي الذي يحدث لدى الطفل الخجول/ المكفوف سلوكيا عندما يواجه شيئا جديدا عليه، أو نضعه في حجرة غريبة، أو نعزله عن أمه، أويقترب منه راشد غير مألوف له. وكذلك يمكن استخدام دراسات الحيوان لدراسة الارتباطات الفسيولوجية لهذا النمط من السلوك، ومقارنتها بتلك الارتباطات التي يُتوصل إليها من دراسة الفروق الفردية في الكف السلوكي لدى البشر. وقد أمدنا هذا النوع من الدراسات بدلائل عن التغييرات التي تحدث في نشاط الجهاز العصبي المستقل بجزأيه السمبثاوي والباراسمبثاوي، وزيادة مستويات كل من هرموني «الكورتيزول» و«الكاتيكولامينات»، وأكد دور اللوزة وحصان البحر وامتداداتهما العصبية للجهاز العصبي المستقل والمهاد التحتاني وهرمون الأدرينالين في تنظيم تلك الاستجابات (Le Deux, 1998)، إذن فالنتائج المستمدة من دراسات أجريت

على البشر تتسق كثيرا مع تلك المستمدة من الدراسات التي أجريت على الحيوانات، وتؤكد أن الكف السلوكي يرتبط بأجهزة عصبية فسيولوجية مسؤولة عن تنظيم استجابات الخوف والقلق. ويبقى أن نشير إلى وجود بعض الاختلافات النظرية فيما يتعلق بالعلاقة الدقيقة والصحيحة بين الخوف والقلق، وبين كل منهما – على حدة – والكف السلوكي. فهناك على سبيل المثال بعض الاختلافات بين نظرية غراي Gray في القلق من جهة، وآراء أخرى مختلفة تؤكد الدور المهم لمنطقة اللوزة ومسؤوليتها عن الشعور بالقلق (Kagan 1998)، ولا شك في أن المستقبل القريب سوف يشهد مزيدا من الدراسات عن الأسس النفسية الفسيولوجية Psychophysiology لتلك الاستجابات، وهي الخوف والقلق والكف.

إن الفروق بين مجموعتي الأفراد المكفوف سلوكهم وغير المكفوفين ليست مقصورة فقط على تلك المقاييس المعملية لاستجابات الأفراد في المواقف الضاغطة أو غير المألوفة، بل هناك ما يشير إلى وجود فروق بينهما أيضا في بعض الجوانب الجسدية والسلوكية نعرض لبعض منها باختصار في الجزء التالي:

لون العينين

هناك ما يدل على أن نسبة الأطفال ذوي العيون الزرقاء بين الأطفال المكفوف سلوكهم أعلى مما هي عليه في الجمهور العام من الأطفال. ففي مجموعة دراسات أجراها روزنبرغ وكيغان (In: Kagan, 1994, pp. 161-162) تبين أن ٦٠ في المائة من الأطفال المكفوفين سلوكيا ممن تراوحت أعمارهم بين خمس وتسع سنوات، كانت عيونهم زرقاء (نسبة انتشار العيون الزرقاء في الجمهور العام تتراوح بين ٤٠ و٤٥ في المائة) (*). وكانت نسبة ذوي العيون الزرقاء أعلى لدى الأطفال الذكور المكفوف سلوكهم مقارنة بما هي عليه لدى الإناث مكفوفات السلوك. وكذلك تبين أن للأطفال المكفوفين سلوكيا أقرباء ذوي عيون زرقاء أكثر من الأطفال

(*) نسب الانتشار في المجتمعات الغربية، التي تتفاوت بصورة كبيرة عن مثيلتها في المجتمعات الشرقية والعربية [المترجم].

غير المكفوفين. وإذا كانت تلك الدراسات قد أجريت على عينات منتقاة من الأطفال المكفوفين سلوكيا وغير المكفوفين، فإن كوبلان وزملاءه (Coplan et al. 1998) درسوا توزيع لون العيون على عينة عشوائية شملت ١٥٢ من أطفال ما قبل المدرسة، بالإضافة إلى قياس بعض الجوانب المزاجية والخصائص السلوكية لهؤلاء الأفراد، حيث جرى تطبيق «مسح كولورادو لمزاج الأطفال» (CCTI)، الذي يتضمن مقاييس لتقديرات الوالدين لكل من خجل طفلهم ومدى اجتماعيته. وضمت الدرجات على هذين المقياسين معا، واستخرجت منهما درجة كلية اعتبرت مؤشرا إلى درجة الكف السلوكي لدى الطفل، وكذلك استخدمت مقاييس لتقديرات المدرسين لكل من سلوكيات الصمت لدى الطفل ودرجة قلقه ومخاوفه. هذا بالإضافة إلى تحديد لون عيني كل طفل.

وأشارت النتائج إلى أن الأطفال ذوي العيون الزرقاء كانوا أكثر صمتا مقارنة بأقرانهم من ذوي العيون العسلية (البنية)، بينما لم يتبين وجود فروق إحصائية بين المجموعتين في أي من المزاج المكفوف ومظاهر الخوف والقلق. وتبين كذلك أن للجنس (النوع) أثرا كبيرا في نمط النتائج، حيث كان ذوو العيون الزرقاء من الذكور أكثر صمتا وخوفا وقلقا وأعلى في المزاج المكفوف، مقارنة بالأطفال الذكور ذوي العيون العسلية. أما بالنسبة إلى الإناث، فلم يتبين وجود فروق بين المجموعات المختلفة في لون العينين في كل من تقديرات المدرسين لصمتهن ودرجة الخوف والقلق لديهن. لكن البنات ذوات العيون الزرقاء كن أقل في الكف السلوكي (بناء على تقديرات الآباء والأمهات) مقارنة بالبنات ذوات العيون العسلية.

وهناك ما يدل على أن متغير العمر يؤثر في تلك الفروق بين المختلفين في لون العين، حيث تبين أن تلك الفروق لا تظهر بين الأطفال الذين يقل عمرهم عن اثني عشر شهرا (حيث لم تكتمل بعد طبيعة لون قزحية العين)، كذلك لم توجد هذه الفروق لدى الأطفال الأكبر عمرا، الذين بلغوا تسع سنوات (Coplan et al. 1998, p.4).

شكل الوجه

اعتقد البعض منذ القدم أن الأفراد المختلفين في شخصياتهم يختلفون كذلك في شكل أجسامهم. وكانت تلك الفكرة محل اهتمام البحث الإمبريقي في القرن الماضي من خلال دراسات كريتسمر (Kretschmer, 1925) وشيلدون (Sheldon, 1940)، وقامت تصنيفات شيلدون لأنماط الأجسام البشرية بناء على تحليله عددا ضخما من الصور الفوتوغرافية لأفراد من الجنسين، وتوصل إلى أن أشكال الجسم تصنف في أنماط ثلاثة هي «النمط النحيف» Ectomorph، ويميل أصحابه إلى الجسم الطويل والنحافة، و«النمط المكتنز» Endomorph، وفيه يكون الجسم سمينا مائلا إلى الاستدارة، و«النمط الرياضي» Mesomorph، حيث يكون الجسم ممشوقا وبعضلات قوية بارزة. وأشار شيلدون إلى أن لكل نمط من تلك الأنماط الجسمية الثلاثة خصائصه النفسية والسلوكية المتميزة، التي تجعل نمط شخصية أصحابه مختلفا عن النمطين الآخرين. والواقع أن كثيرا من الباحثين اعتبر هذا التصور بالغ التبسيط والسذاجة، بل رفض فكرة الربط بين نمط الشخصية وشكل الجسم. ويرى كيغان (Kagan, 1994, p. 8) أن هذا التصور الذي يحاول أصحابه الربط بين شكل الجسم والشخصية أو السلوك يشبه كثيرا عقيدة «تميز بعض السلالات والأجناس»، تلك العقيدة التي شهدتها بعض البلاد مثل ألمانيا وأمريكا، والتي كانت سائدة خلال الفترة التي قدم فيها شيلدون تصوره هذا، لكن العالم رفض هذه النظرية وقاومها. وشهدت السنوات التالية لطرح شيلدون لنظريته هذه جدلا شديدا حول أسلوب حصوله على تلك الكمية الكبيرة من الصور الفوتوغرافية لطلبة الجامعة، والاحتفاظ بها من دون علم الطلاب أنفسهم. وبعد أن جرى الكشف عن تلك الصور، عبر كثير من أصحابها - الذين أصبحوا من كبار السن - عن بالغ استيائهم من استغلال صورهم في تلك الدراسة من دون معرفتهم أو أخذ رأيهم وموافقتهم.

ومع أن هذا المنحى الذي ربط الشخصية بالتكوين الجسمي لم يلق أي ترحيب من علماء النفس، فإن أي معاملات ارتباط مستمدة من دراسات إمبريقية بين شكل الجسم وخصائص الشخصية، لا يجب اعتبارها دليلا على صحة ما يوجد من تنميطات اجتماعية شائعة، أو اعتقادات غير صحيحة لدى العامة عن الشخصية وعلاقتها بشكل الجسم. وبعد ذلك بسنوات، خلص أيزنك (Eysenck, 1970) إلى أن الأبعاد الأساسية للشخصية في نظريته ارتبطت بالفروق الفردية في شكل الجسم، وأشار إلى أن الانطوائيين يميلون عادة إلى الطول والنحافة، بينما يميل الانبساطيون إلى السمنة واستدارة الجسم. لكن ما أشار إليه أيزنك لم يكن له صدى يذكر أو تأثير في التفكير النفسي واهتمامات الباحثين النفسيين.

لكن دراسات الكف السلوكي أعادت من جديد الاهتمام بالعلاقة بين المزاج والتكوين الجسمي للأفراد. فقد هدف آركوس وكيغان (Arcus & Kagan, 1995) إلى اختبار فرض مؤداه أن وجوه الأطفال الخجولين أضيق من وجود الأطفال غير الخجولين. وشملت الدراسة ٤٦٢ رضيعا قِيست فعالية المزاج Reactivity temperament لدى كل منهم في عمر أربعة شهور، وقِيس الكف السلوكي لكل طفل مرتين، الأولى في عمرأربعة عشر شهرا، والأخرى في عمر واحد وعشرين شهرا، بالإضافة إلى قياس عرض أو اتساع وجه الطفل في عمر أربعة عشر شهرا، وعمر واحد وعشرين شهرا. وبينت النتائج أن الرضع المرتفعين في فعالية المزاج لهم وجوه أضيق مقارنة بوجوه الرضع المنخفضين فيه، وذلك في عمر أربعة عشر شهرا وعمر واحد وعشرين شهرا، وإن كانت تلك الفروق أكثر قوة ووضوحا في عمر واحد وعشرين شهرا. وتبين كذلك وجود معامل ارتباط سلبي صغير القيمة لكنه دال إحصائيا (قيمته ١٨) بين الكف السلوكي وعرض أو اتساع الوجه (أي علاقة إيجابية بين الكف السلوكي وضيق الوجه)، وذلك في عمر أربعة عشر شهرا فقط، إذ لم يكن الارتباط بينهما جوهريا في عمر واحد وعشرين شهرا (كانت قيمته ١٠).

القابلية للإصابة بالمرض

إن فكرة وجود علاقة بين التعرض للضغط النفسي من جهة، والقابلية أو الاستهداف للإصابة بالمرض، فكرة طرحت منذ سنوات عديدة. فعلى سبيل المثال عرض هولمز وزملاؤه (Holmes et al. 1951) عددا من دراسات الحالة Case study لأفراد تراوحت أعمارهم بين ١٣ و٦٠ سنة، حيث كانت تتم ملاحظة سلوكيات هؤلاء الأفراد بانتظام وبشكل دوري في الذروة الموسمية لانتشار التهاب الأغشية المخاطية للأنف، أو ما يسمى «حمى القش» Hay fever، وإلى جانب ذلك شملت الدراسة بعض المقاييس التي كانت تُجرى في حجرة خاصة يكون الجو فيها مشبعا بحبوب لقاح نبات عشبي يسمى «الرجيد» Ragweed، معروف عنه أنه مثير للحساسية، ويزيد من الاستهداف للإصابة بحمى القش، وكانت حبوب اللقاح تُنشر في هواء الحجرة باستخدام مروحة كهربائية. وفي كل مرة من مرات ملاحظة سلوك هؤلاء الأفراد ومتابعتهم كان يجري فحص الغشاء المخاطي للأنف، وتقدير مدى تورمه وكمية الإفرازات المخاطية الموجودة، ومدى تدفق الدم في الشعيرات الدموية للأنف. وتبين في كثير من تلك الحالات أنه بزيادة قلق الفرد، مع تعرضه للمهيجات البيئية المثيرة لهذا النوع من الحساسية (حمى القش)، تزداد حدة تلك الأعراض لديه. وكانت إحدى تلك الحالات لسيدة تعاني «حمى القش»، خُطط لإجراء مقابلة معها دارت حول أحد الموضوعات الشخصية الحساسة الخاصة بها، التي يؤدي الحديث فيها معها إلى زيادة قلقها في الحال. وتبين أن القلق الذي جرت استثارته وزيادته تجريبيا في موقف المقابلة ارتبط مباشرة بزيادة تلك الأعراض الأنفية، إذ بدأت السيدة على الفور في الرشح من الأنف والعطس واحمرار العينين وتدميعهما. وأرجع الباحثون ذلك إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي الباراسمبثاوي، وما ترتب على ذلك من ازدياد نشاط الأغشية المخاطية للأنف. وخلص الباحثون من تلك الدراسات إلى

أن ما تشهده حياة تلك الحالات من صراع وقلق هو الذي يجعلهم أكثر تهيؤا وقابلية لزيادة نشاط الأغشية المخاطية للأنف، ومن ثم أكثر استعدادا للإصابة بحمى القش.

وهناك دراسات أخرى اعتمدت على تحليل التقارير الذاتية التي يقدمها الأفراد عن أنفسهم. وتشير نتائج تلك الدراسات إلى أن الأفراد المكفوفين سلوكيا والخجولين أكثر عرضة للإصابة بأمراض الحساسية مثل حمى القش. فقد قرر كثير من أمهات الأطفال المكفوفين سلوكيا في دراسة جامعة «هارفارد» أن أطفالهن يعانون من حمى القش والإكزيما. وأجرى كذلك كيغان وزملاؤه (Kagan et al. 1991) دراسة جرى فيها الاتصال تلفونيا بعينة شملت ٥٢٨ مبحوثا من أقارب (آباء وأمهات وأعمام وأخوال) أطفال مكفوفين سلوكيا وغير مكفوفين، وبلغ عمرهم اثنتي عشرة سنة. وتم سؤال هؤلاء الأقارب عما إذا كان طفلهم يعاني أم لا واحدا أو أكثر من ثلاثة وستين مرضا، بعضها بسيط، مثل الصداع واضطرابات المعدة، و البعض الآخر خطير، مثل السرطان وأمراض القلب. وتبين وجود فروق إحصائية دالة بين الأطفال المكفوفين سلوكيا وغير المكفوفين في عدد قليل من تلك الأمراض، حيث قرر أقارب الأطفال المكفوفين سلوكيا وجود معدلات حدوث أعلى لدى أطفالهم في كل من «حمى القش» والإكزيما والتقلصات المعوية واضطرابات الدورة الشهرية وارتفاع القلق الاجتماعي لدى البنات. وتبين كذلك أن ٣٢ في المائة من أقرباء الأطفال المكفوفين سلوكيا يعانون «حمى القش»، في حين يعانيها ٢٣ في المائة فقط من أقرباء الأطفال غير المكفوفين.

وفي دراسة ثانية على عينة أخرى من أقرباء الأطفال مكفوفي السلوك وغير المكفوفين، تكررت نتائج الدراسة السابقة فيما يتعلق بحمى القش والقلق الاجتماعي المرتفع، ولكن لم يتبين وجود فرق بين الأطفال المكفوفين سلوكيا وغير المكفوفين في معدل الإصابة بالإكزيما أو التقلصات المعوية أو اضطرابات الدورة الشهرية لدى البنات. وتبين

كذلك أن ٣٢ في المائة من أقارب الأطفال المكفوفين سلوكيا يعانون حمى القش (وهي النسبة نفسها في الدراسة الأولى)، في حين بلغت تلك النسبة لدى أقرباء الأطفال غير المكفوفين ١٤ في المائة فقط. وحينما اقتصرت المقارنة على الآباء والأمهات فقط من دون باقي الأقارب، تبين أن أحد الوالدين، على الأقل لدى ٦٤ في المائة من الأطفال المكفوفين سلوكيا، يعاني حمى القش، في حين بلغت تلك النسبة ٢٥ في المائة فقط لدى آباء وأمهات الأطفال غير المكفوفين.

وأجرت بيل وزملاؤها (Bell et al, 1990) دارسة على عينة شملت ٣٧٩ مبحوثا من طلاب الجامعة، قدم كل طالب خلالها تقريرا ذاتيا عن نمط ومعدل إصابته ببعض أمراض الحساسية، مثل حمى القش والربو والإكزيما والطفح الجلدي، وما يحدث له عند تعرضه لبعض المهيجات البيئية، مثل أتربة المنازل والغبار، هذا بالإضافة إلى قياس درجة خجل كل طالب في استبيان يعتمد على التقرير الذاتي. وتبين من النتائج أن الطلاب الذين جرى تشخيصهم طبيا - ولو مرة واحدة - بأنهم مرضى بحمى القش كانت درجاتهم في الخجل أعلى، مقارنة بهؤلاء الذين لم يصابوا بها إطلاقا. وتبين كذلك أنه لا توجد علاقة بين الخجل وأي من أمراض الحساسية الأخرى محل الدراسة. أما شونغ وإيفانز (Chung & Evans, 1994) فوجدا معدلات عالية للإصابة بأمراض المعدة والأمعاء لدى الأطفال الخجولين، سواء تم تقدير هذا الخجل عن طريق الأطفال أنفسهم أو بالاعتماد على تقديرات الآباء والأمهات. وتبين أخيرا أن الأطفال الخجولين بتقديرات الآباء، لديهم كثير من مظاهر التعب والإعياء العام Fatigue مقارنة بالأطفال غير الخجولين.

وهناك أيضا ما يدل على وجود علاقة بين الخجل والقابلية للإصابة بمرض «باركينسون» Parkinson disease، حيث وجدت بيل وزملاؤها (Bell et al. 1995) من دراستهم لعينة من المقيمين في أحد المراكز الاجتماعية الخاصة بالمتقاعدين، تراوحت أعمارهم بين ٥٠ و٩٠ سنة، أن معدل الإصابة بهذا المرض لدى المرتفعين في الخجل أعلى

جوهريا منه لدى المنخفضين فيه. وتبين كذلك أن للمرتفعين في الخجل أقرباء مصابين بهذا المرض أكثر جوهريا من المنخفضين في الخجل (أقر ١٧ في المائة من المرتفعين في الخجل بوجود أقرباء لهم مصابين بهذا المرض، في حين أقر بذلك ٢ في المائة فقط من المنخفضين في الخجل). وأخيرا وجد شتين وزملاؤه (Stein et al., 1990) ما يؤكد زيادة معدلات انتشار الرهاب الاجتماعي بين المصابين بمرض «باركينسون».

تفسير تلك النتائج

ماذا تعني كل تلك النتائج، وكيف يمكن تفسيرها؟ هل ننظر إليها على أنها مجرد نتائج متناثرة في بحوث هنا وهناك لا رابط بينها، ومن ثم نفسر كلا منها بمعزل عن الأخرى، أم أن هناك ما يجمع بين تلك النتائج، ويضعها معا في إطار يحكمه منطق واحد هو أنه من الممكن افتراض وجود عوامل بيولوجية عامة هي المسؤولة والمحددة لتلك النتائج، ومن ثم نستطيع تفسيرها في ضوئها؟ إن النظرية الجيدة هي تلك التي توفر لنا عددا قليلا من المبادئ العامة التي يمكن استخدامها في تفسير كثير من النتائج التي ربما تبدو للبعض أنها متناثرة، لا رابط بينها. حاول كيغان(Kagan, 1994 p. 163) تفسير هذا النمط من الفروق بين المكفوفين سلوكيا وغير المكفوفين، أو بين الخجولين وغير الخجولين، في ضوء بعض العومل الوراثية المحددة للفروق بين الأفراد مثل الجين (المورث) المسؤول عن تنوع مستويات الناقل العصبي «النورإبينيفرين» Norepinephrine، الذي – كما سنرى – يؤدي دورا محوريا في تنظيم نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي. والوظيفة التكيفية الأساسية لهذا الجين (المورث) هي ضبط درجة حرارة الجسم. فضلا على ذلك، فإن له أثرا ثانويا، حيث إن وجود مستويات مرتفعة من هذا الناقل العصبي يؤدي إلى زيادة تنشيط واستثارة مواقع محددة من الجهاز العصبي الطرفي لها دورها الأساسي في انفعال الخوف، خصوصا الخوف من غير

المألوف. وكذلك ربما يكون لهذا المورث دور في تحديد لون العينين، ومدى اتساع أو عرض الوجه. ذلك إذا كانت المستويات المرتفعة من النورإبينيفرين تضعف إنتاج الميلانين Melanin، مؤثرة في لون قزحية العين، أو إذا كانت زيادة مستوى انتشار الكورتيزونات Glucocorticoids تؤدي إلى ضعف أو كف إنتاج الميلانين، وتأخر نمو عظام الوجه.

ولاحظ كيغان (المرجع السابق ص١٦٣) أن الأفراد الذين يجمعون بين العيون الزرقاء والجسم الطويل النحيف والوجه الضيق أكثر وجودا بين مواطني شمال أوروبا، مقارنة بمواطني أوروبا الجنوبية. وأن التعود على تدفئة الجسم بشكل منتظم كان أكثر شيوعا لدى السلف من الأوروبيين الشماليين الذين عاشوا في مناطق قريبة من المناطق الجليدية، محتملين العيش في درجات حرارة منخفضة. وعلى الرغم من أن ما يقوله كيغان لا يخرج عن كونه اجتهادا نظريا لا تدعمه نتائج إمبريقية، فإن هناك بعض الأدلة غير المباشرة على وجود بعض الفروق بين الشماليين والجنوبيين في نشاط نصف الكرة المخية. وكذلك هناك ما يدل على وجود علاقة جوهرية بين إقامة الأم الحامل في منطقة ما من تلك المناطق التي يكون فيها النهار قصيرا - خصوصا إذا كانت في منتصف فترة الحمل - وكون مولودها ذا مزاج خجول(Gormaker et al. 1997)، على الرغم من أن تلك العلاقة ربما تتأثر ببعض العوامل الأخرى، بعضها خاص بالأم، والبعض الآخر خاص بالبيئة التي تعيش فيها.

إن زيادة قابلية الإصابة بحمى القش ربما ترجع إلى المستويات المتزايدة من الناقلات العصبية Neurotransmitters والكورتيزونات Glucocorticoids، فقد تبين أن زيادة مستوى كل من السيروتونين Serotonin والهيستامين Histamine هي أمر شائع لدى أولئك الذين يجمعون بين المعاناة من زيادة حساسية الأنف وإبداء

استجابات انفعالية تدل على الكف السلوكي (Bell et al. 1990)، وكما أشار هولمز وزملاؤه (Holmz et al. 1951) منذ سنوات كثيرة، فإن تأثر الأغشية المخاطية للأنف بالمهيجات البيئية المسببة للحساسية يتوقف على مستوى نشاط الجهاز العصبي المستقل، ومن ثم فإن تعرض الفرد للضغوط النفسية والقلق يجعله أكثر قابلية للتأثر بهذه المهيجات والإصابة بالمرض. ومما يؤكد ذلك، ما تبين من أن بعض العقاقير التي تستخدم في علاج الحساسية مثل «مضادات الهيستامين» Antihistaminics تؤثر كذلك في الجهاز العصبي. ولا تقتصر العلاقة بين أنواع الحساسية من جانب، والسلوك من جانب آخر - والتي يبدو أنها تتوقف على النشاط العصبي الكيميائي - على سلوك الخجل فقط. فعلى سبيل المثال، قدم مارشال (Marshall, 1989) نموذجا للعلاقات بين القابلية للإصابة بأنواع الحساسية المختلفة والسلوك غير المكفوف وضعف القدرة على التحكم (الاندفاعية)، التي تبين أنها أعراض ثلاثة متلازمة تميز الأطفال الذين يجري تشخيصهم طبيا على أنهم يعانون اضطرابات قصور الانتباه Attention deficit disorder (*).

وهناك كذلك بعض الأدلة على وجود ارتباط «عصبي هرموني» Neuroendocrine بين الخجل ومرض «باركينسون». ذلك أن اختلال الميكانيزمات «الدوبامينية» Dopaminergic وما ينشأ عنها من أعراض،

(*) بالإضافة إلى اضطرابات قصور الانتباه، هناك كذلك اضطرابات النشاط المفرط Hyperactivity، وإن كان تشخيص الاضطراب الأخير صعبا جدا لصعوبة الحسم في بعض أشكال السلوك فيما يتعلق بسوائها أو اضطرابها، أما التشخيص الأكثر ثباتا فهو قصور الانتباه المصحوب بالنشاط المفرط (ADHD)، ويظهر هذا الاضطراب في فترة مبكرة من حياة الأطفال، قبل سن سبع سنوات تقريبا، وتتراوح نسب انتشاره بين ٣ و٥ في المائة لدى الأطفال في سنوات المدرسة. وربما تظهر أعراض هذا الاضطراب منذ الشهور الأولى من ميلاد الطفل. وتتمثل في وجود نمط دائم من خلل الانتباه إلى التفاصيل أو ضعفه أو الاحتفاظ به لفترة طويلة، مع النشاط المفرط للطفل، والاندفاعية وسرعة الاستثارة. هذا بالإضافة إلى بعض الأعراض الأخرى المصاحبة للأعراض الأولية السابقة، وهي: العدوان والعصيان والعناد والسلبية واضطرابات التعلم وصعوباته والتقلبات المزاجية وعدم تحمل الإحباط وانفجارات الغضب ومخالفة النظام وعدم الاستجابة له، والاختلالات الإدراكية والتصورية، وذلك بصورة أكثر تكرارا وتواترا وشدة مما نلاحظه عادة عند أقرانهم في العمر نفسه، وسوف يرد ذكر هذا الاضطراب في متن الفصل السادس [المترجم].

تشفى إذا أخذ المريض أدوية طبية من مركبات الدوبامين. فيفترض أن تلك العوامل أو الميكانيزمات «الدوبامينية» هي المسؤولة عن التأثير الإيجابي الفعال لـ «مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين» Monoamine Oxidase Inhibitor (MAOI) كعلاج لمرض الرهاب الاجتماعي. إن لكل من البيبتيد بيتا إندورفين Peptide beta-endorphin، والكاتيكولامينات Catecholamines مشتملة النورإبينيفرين Norepinephrine والإبينفرين Epinephrine والدوبامين Dopamine دورا - بدرجة أو بأخرى - في توليد وإحداث استجابات الخوف. ووجود البيتا إندوروفين Beta endorphin بمستويات مرتفعة لدى الخجولين من كبار السن لهو دليل على العلاقة بين الخجل ومرض «باركينسون» (Bell et al. 1997)، وكذلك فإن هذا «البيبتيد» Peptide ربما يكون مرتبطا أو مؤثرا في إنتاج الميلانين، وبالتالي له دوره في تحديد لون العينين. فقد أشار كوبلان وزملاؤه (Coplan et al, 1998, pp. 41-42) إلى أنه أحد اثنين من «البيبتيدات» peptides التي تنشأ من مورث مشترك Common gene، وأن الآخر (وهو هرمون ألفا - المنشط للخلايا الصبغية) Alpha-melanocyte stimulating hormone المتضمن في تصنيع صبغة الميلانين.

وتلخيصا لما سبق، فهناك من الأدلة والمبررات النفسية الفسيولوجية ما يدعو إلى اعتقاد أن تلك الظواهر ليست نتائج عارضة لا منطق بينها، بل هي مترابطة ويجمعها كلها منطق واحد في علاقاتها بالمزاج. ومع ذلك فإن تلك الأبحاث لاتزال في بداياتها ومن ثم لا يجب اعتبار نتائجها حاسمة لبعض الاعتبارات، أولا: أن عدد تلك الدراسات قليل، وبالتالي فهي لم تتطرق إلى دراسة كل جوانب الظاهرة. وعلى سبيل المثال، فعدد الدراسات التي أجريت في مجال التكوين الجسمي وعلاقته بالمزاج، أو في مجال ضيق الوجه وعلاقته بالمزاج قليل جدا. وثانيا: لأن تحديد الأصول الوراثية لهذا النمط من النتائج أو الملاحظات لايزال في طور الافتراضات والاجتهادات النظرية. فمن الممكن - كما هو حادث حاليا - أن نفترض كثيرا من العلاقات بين مستوى نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز

الغدي العصبي Neuroendocrine، لكن التحديد الدقيق لنمط ودرجة تلك العلاقات لم يُتوصل إليه بعد، إذ لم يخضع للدارسة الإمبريقية. وكذلك لا توجد محاولات إمبريقية لدراسة الفرض المعين ونقيضه، لكي نعرف أيا من فروضنا هو الصحيح إمبريقيا وأيها هو الخطأ، وكذلك لا توجد محاولات لتحديد مدى قدرة تلك الافتراضات على التنبؤ، وإخضاع ما يشتق منها من تنبؤات نظرية للبحث الإمبريقي لمعرفة مدى صدقها. إننا حتى الآن لا نعرف على وجه الدقة لماذا ارتبطت حمى القش، على سبيل التحديد، من دون غيرها من أمراض الحساسية بالخجل؟ ولماذا يأخذ هذا الارتباط هذا النمط المحير، إذ نجد أن كثيرين من المصابين بهذه الحساسية ليسوا من الخجولين، وأن كثيرين من الخجولين لا يصابون بهذه الحساسية؟ وإذا كان الميلانين يؤثر في تحديد كل من لون الشعر ولون الجلد ولون العينين، فهل - بناء على ذلك - توجد علاقات محتملة متسقة بين الخجل ولون الشعر ولون الجلد؟ ولماذا تختلف العلاقة بين الخجل ولون قزحية عيون الخجولين باختلاف الجنس (أو النوع)؟ ولماذا لا توجد فروق بين الجنسين في أنماط التكوين الجسماني أو القابلية للإصابة بالحساسيات المختلفة؟

وعلى الرغم من وجود كثير من مثل تلك الأسئلة التي لاتزال في حاجة إلى إجابات دقيقة عنها، فهناك ما يشير إلى وجود أسس بيولوجية للمزاج، على الرغم من أن النتائج التي تشير إلى وجود تفاعل بين لون العين من جهة، والجنس (أو النوع) من جهة أخرى، تدل ضمنيا على أن كلا من العوامل البيولوجية والعوامل البيئية تساهم بصورة نسبية في تحديد مستويات خجل الأطفال.

ملخص الفصل

إن دراسة الكف السلوكي أحد المجالات النامية في دراسة الخجل، وفي هذا الإطار سعت الدراسة الطولية التي أجراها جيروم كيغان في جامعة هارفارد إلى الكشف عن الأسس البيولوجية للكف السلوكي.

وتوصل هذا البحث إلى دلائل تشير إلى أن الكف السلوكي مستوف لمحكات (معايير) المزاج، ذلك لأنه يظهر مبكرا في حياة الفرد، ويظل ثابتا عبر الزمن، ويمكننا من التنبؤ بسلوك الفرد. وتبين ذلك في دراسات أخرى، ويبقى أن نرى ما إذا كانت أصول الخجل والصمت توجد وتكمن بالفعل في الظهور المبكر للكف السلوكي. وهناك ما يشير إلى صدق ذلك، إذ تبين أن عدد الراشدين الخجولين الذين كانوا مكفوفي السلوك في مرحلة رضاعتهم، أعلى كثيرا من المتوقع في الجمهور العام، وذلك على الرغم من أن كل الخصائص المحورية للخجل، مثل الشعور الزائد بالذات وتقييم الذات والاهتمام الشديد بآراء الآخرين في الفرد، لا توجد إلا في مراحل عمرية تالية لمرحلة الرضاعة التي تتبدى فيها مظاهر الكف السلوكي. وربما يعني هذا أن الكف السلوكي يجعل الفرد أكثر استعدادا وتهيؤا لتبني اتجاهات معينة نحو ذاته، ولكننا لا نملك دليلا إمبريقيا على ذلك. وسوف نولي هذه النقطة مزيدا من الاهتمام في الفصل التالي. إن نظرية كيغان في الأسس البيولوجية للكف السلوكي تؤكد أهمية دور مكونات الجهاز العصبي وعملياته المسؤولة عن الخوف والقلق. ومع ذلك فإن بعض ملامح الخجل، مثل الشعور الشديد بالذات والتردد وعدم الحسم واحمرار الوجه، ربما لا يمكن فهمها وتفسيرها بدقة في ضوء النشاط الزائد للجهاز العصبي السمبثاوي، وهو ما سوف نناقشه بمزيد من التفصيل في الفصل الخامس.

4

العوامل الوراثية والبيئية المؤثرة في ارتقاء الخجل

«للفروق الفردية في تقييم الذات دورها الأساسي فيما إذا كان الطفل سوف يضع لنفسه توقعات تقوده إلى الخجل، أم توقعات أخرى بديلة تؤدي به إلى مزيد من الثقة بالنفس في المواقف الاجتماعية»

المؤلف

العوامل الوراثية

دراسة إمكان التوريث Studies of heritability

اعتمدت الدراسات التي هدفت إلى الكشف عن إمكان توريث السمات على تحليل مدى التشابه بين أفراد الأسرة الواحدة، وعلى «التجارب الطبيعية» التي يمكن من خلالها تحديد التأثير النسبي لكل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية في سمات الفرد وسلوكه. وتمدنا دراسة مدى التشابه بين أفراد الأسرة الواحدة بكثير من المعلومات في هذا الصدد. فلأن الطفل يتلقى نصف كروموسوماته (استعداده الوراثي) من أبيه والنصف الآخر من أمه، فإن توزيع الصفات والخصائص لدى أفراد الأسرة الواحدة يمكن أن يمدنا بكثير من المعلومات عن الأصول الوراثية

لتلك الصفات والخصائص. والتكوين الوراثي لأي طفل، هو مزيج عشوائي لجينات والديه. ولذا، فالمتوقع لدى معظم الأطفال أن يأخذ الطفل ٥٠ في المائة من جينات كل من أمه وأبيه. ويمكننا أن نوسع نطاق افتراضنا لنتوقع أيضا درجة من التشابه الوراثي بين الطفل وآخرين يتباينون في درجة قرابته لهم، كالأجداد والأخوال والأعمام...إلخ. وتوضح معاملات الارتباط بين درجات اثنين من الأقارب على اختبار معين ما إذا كان نمط تلك العلاقات يعكس بالفعل الدرجة المتوقعة للتشابه بينهما. فكلما ضعفت صلة القرابة بينهما، كان الارتباط المتوقع بين درجاتهما على اختبار ما ارتبطا منخفضا. وعادة ما تتم هذه الدراسات على عينات كبيرة من الأفراد، وبالتالي فهي تقوم بحساب متوسطات لدرجة التشابه. وبالتالي علينا أن نتذكر دائما أن تقديرات إمكان التوريث تشير دائما إلى متوسطات. ومن ثم فليس هناك ما يحول دون أن يرث أحد الإخوة مورثات معينة من أمه وأبيه تكون مختلفة تماما عما يرثه أخ - أو أخت - أخر له، وبالتالي فسوف يكونان مختلفين تماما أحدهما عن الآخر لأسباب وراثية بحتة.

ومع ذلك، من الملاحظ أن هناك تشابها بين أبناء الأسرة الواحدة، وذلك نتيجة اشتراكهم في بيئة واحدة، وتشابه الظروف البيئية التي يعايشونها. فالعوامل البيئية المؤثرة في الارتقاء النفسي، مثل مستوى الدخل المادي للأسرة، وطبيعة المسكن، ومستوى تعليم الوالدين، وأسلوب تربية الطفل وتعليمه...إلخ، تميل إلى التشابه لدى الأفراد شديدي القرابة كالإخوة والأخوات. ويمكننا هنا أيضا أن نتوقع أن الاختلافات في العوامل البيئية تزداد كلما ضعفت درجة القرابة.

ولقد أمدتنا دراسة التوائم المتماثلة Identical twins بقدر كبير من المعلومات التي ساعدت على مزيد من الفهم للعوامل الوراثية وتأثيرها في سلوك الأفراد. والتوأمان المتماثلان أو أحاديا التلقيح Monozygotic (MZ) يتكونان نتيجة انقسام بويضة واحدة ملقحة بحيوان منوي إلى نصفين متماثلين تماما، ينشأ عن كل منهما توأم

مماثل وراثيا للآخر. أما في التوائم الأخوية Fraternal twins أو ثنائية التلقيح (Dizigotic (DZ، فإن التوأمين ينشآن من بويضتين مختلفتين خُصِّبت كل منهما بحيوان منوي مختلف عن الآخر. وإذا كان التوأمان المتماثلان يتشابهان تماما في استعدادهما الوراثي، فإن التشابه الوراثي بين التوأمين الأخوين لا يختلف عن التشابه بين أي أخوين في الأسرة (أخ وأخيه، أخ وأخته، أخت وأختها). ولهذا فإن التوأمين المتماثلين يتشابهان تماما في شكل الجسم وملامحه، لدرجة أنه من الصعب التمييز بينهما، ودائما ما يكونان من ذات الجنس (إما ذكران أو أنثيان). أما التوأمان الأخوان، فربما لا يجمعهما أي تشابه في شكل الجسم وملامحه، ومن الممكن أن يكونا من جنسين مختلفين.

وساعد وجود هذين النوعين من التوائم على إجراء كثير من المقارنات. فالمقارنة بين خصائص توأمين متماثلين يعيشان معا في أسرة واحدة، وخصائص توأمين متماثلين آخرين يعيش كل منهما - لسبب أو لآخر - مع أسرة مختلفة عن أسرة الآخر، يمكن أن تمدنا بكثير من المعلومات عن الأهمية النسبية لكل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية على سمات الفرد وسلوكه. وكذلك يمكننا أن نحدد كميا أثر العوامل الوراثية في سمة أو خاصية ما توجد بدرجات مختلفة لدى عينة كبيرة من الناس، وذلك من خلال تحليل الدرجات على تلك السمة لدى كل من التوائم المتماثلة (حيث التشابه في الجينات الوراثية ١٠٠ في المائة) والتوائم الأخوية (حيث التشابه في الجينات الوراثية ٥٠). وقد استُخدم هذا التحليل وتلك المقارنات في كثير من الدراسات على التوائم، بعضها كانت دراسات ممتدة وواسعة النطاق، مثل دراسة لويس فييل (Matheny, 1989)، والدراسة الطولية لـ ماك آرثر (Emde et al. 1992).

وبعض القيود والصعوبات التي تواجهنا عند دراسة مدى التشابه بين أبناء الأسرة الواحدة، تواجهنا أيضا عند دراستنا أي توأمين، ذلك لأن التوأمين لا يتشابهان فقط في استعداداتهما الوراثية، ولكنهما

يشتركان أيضا في الظروف العامة البيئية التي يعيشان فيها، ومن ثم يتعرضان لخبرات بيئية متشابهة إلى حد كبير. فالملاحظ في واقع الأمر أن التشابه الجسمي بين التوأمين المتماثلين يؤدي عادة إلى خلق بيئة مشتركة متماثلة، لأن الأبوين وباقي أفراد الأسرة عادة ما يتعاملون معهما بأسلوب واحد تقريبا، يلبسانهما الزي نفسه، ويصطحبانهما معا أينما ذهبوا، وتكون توقعاتهم من أي منهما قريبة مما يتوقعونه من التوأم الآخر ...إلخ. ولهذا فإن الاشتراك والتشابه في العوامل البيئية يكون أكبر لدى التوائم المتماثلة منه لدى التوائم الأخوية. وربما يكون هذا هو السبب وراء ما أشارت إليه بعض الدراسات التي اهتمت بدراسة تقديرات الوالدين لأبنائهما - والتي سوف نعرض لها - من أن الآباء عادة ما يبالغون في مقدار الاختلاف بين التوأمين الأخوين، حيث تبين أن الفروق بين معاملات الارتباط الخاصة بتقديرات الآباء للتوائم المتماثلة، وتلك الخاصة بتقديراتهم للتوائم الأخوية، تكون عادة أكبر كثيرا مما هو متوقع.

وعلينا أن نفهم جيدا أن بيئة الطفل لا تعني فقط كل ما يحيط به ويتعرض له بعد ولادته، بل إنها تتضمن كذلك كل ما يحيط به ويتعرض له في بيئة الرحم، وطوال فترة تكوينه ونموه في بطن أمه؛ فالخبرات التي تحدث للأجنة خلال فترة الحمل غاية في الأهمية، ويجب أن تؤخذ في الاعتبار. فالتوأمان - أو التوائم - الموجودان في الرحم ذاته، ربما يتعرض كل منهما لخبرات مختلفة عن الآخر منذ اللحظة الأولى لوجودهما معا في رحم الأم. فالاشتراك في مكان واحد «محدود وضيق»، وفي كميات الغذاء المتاحة، يمكن أن يؤدي إلى تنافس بينهما على هذه الموارد، ينتج عنه اختلافات جسمية وفسيولوجية بينهما. ولما كان التوأمان المتماثلان يشتركان في غشاء مشيمي واحد Common chorionic membrane، فإن ذلك يؤدي إلى عدم التكافؤ بينهما فيما يحصل كل منهما عليه من دم الأم المحمل بالغذاء عبر المشيمة. أضف إلى هذا أن تحقيق أحد التوأمين تقدما ما أو اكتسابه ميزة ما، حتى لو كانت صغيرة، يؤدي به إلى مزيد من

التقدم والمكاسب، وهو ما يجعله أكثر قوة وكفاءة من توأمه الآخر الموجود معه في الرحم نفسه. ومما يؤكد ذلك وجود فروق بين التوائم في الوزن عند الميلاد، وأن تلك الفروق تكون أكبر وأكثر انتشارا لدى التوائم المتماثلة مقارنة بالتوائم الأخوية.

وعلى الجانب الآخر، ربما يؤدي هذا التنافس إلى قصور وعيوب لدى كل من التوأمين، وهو ما لا يحدث لدى الطفل الواحد الذي لا يوجد من ينافسه ويشاركه في بيئة رحم الأم وما بها من موارد. ويؤكد ذلك ما أشارت إليه النتائج من أن التوائم المتماثلة تولد مبكرا بنحو شهر (في عمر ثمانية أشهر)، ويكون وزن المولود أقل من المتوسط بنحو ٣٠ في المائة (Emde et al.,1992, p.1451). وربما لا تكون دلالات تلك النتائج واضحة لنا تماما، لأن كثيرا من الفروق النفسية بين الأطفال المبتسرين Premature والأطفال المولودين بعد اكتمال فترة الحمل Full-term، سوف تكون قد اختفت عند التحاق الطفل بالمدرسة. ومن ناحية أخرى، فإن الاشتراك والتنافس في بيئة واحدة قبل الميلاد (بيئة الرحم) يمكن أن يجعل كلا التوأمين أكثر استعدادا للإصابة فيما بعد ببعض المشكلات النفسية والجسمية، التي ربما يرجعها البعض - في هذه الحالة - إلى أسباب وراثية في الأساس. وهو استنتاج خطأ؛ لأنها ترجع - على الأقل في جزء منها - إلى مشكلات وصعوبات بيئة الرحم. وهذا يعني أن هناك من العوامل والتأثيرات ما قد يوقعنا في فخ المبالغة في تقدير أهمية العوامل الوراثية أو التقليل من دورها وأثرها. وفي كلتا الحالتين، فإن الدرس الذي يجب أن نتعلمه هو أن الوصول إلى استنتاجات صحيحة ودقيقة عن الأثر النسبي لكل من الوراثة والبيئة، من خلال دراسة التوائم، ليس أمرا سهلا وواضحا ومباشرا كما يبدو للوهلة الأولى.

ويعتبر فصل الطفل عن والديه الطبيعيين (البيولوجيين) وتربيته في أسرة مختلفة، شكلين من أشكال «التجارب الطبيعية» التي تمدنا بكثير من المعلومات التي تتعلق بدور العوامل الوراثية. ففي الحالة

التي يتم فيها الفصل بين توأمين متماثلين، ويُربى كل منهما في بيئة مختلفة، فإن أي تشابه بينهما يمكن إرجاعه كليا إلى أثر العوامل الوراثية. وكذلك فإن تحديد الفروق بين التوائم المتماثلة التي فُصِل بينها من جهة، والفروق الأخرى التي توجد بين التوائم المتماثلة التي تعيش معا وتتربي في بيئة واحدة من جهة أخرى، يمدنا بكثير من المعلومات عن آثار العوامل البيئية. وعلى الرغم من أن الفصل بين التوائم المتماثلة أمر نادر الحدوث نسبيا في الحياة، فإن بعض الدراسات تمكنت من التوصل إلى عينات كبيرة منهم، وتتبعتهم لفترة زمنية لرصد التغيرات التي تطرأ عليهم، مثل دراسة مينسوتا عن التوائم المنفصلين (Lykken et al., 1992)، وسوف نرى كيف أسهمت دراسة التوائم بكثير من المعلومات عن أثر العوامل الوراثية وإمكان وراثة السمات والخصال المختلفة.

وعلى الرغم من ذلك، فإن هذه «التجارب الطبيعية» لا تستوفي كل شروط التجربة الدقيقة التي يتم فيها ضبط ظروفها والتحكم في كل متغيراتها. وعلى سبيل التوضيح، فإن العمر الذي ينفصل فيه التوأمان أحدهما عن الآخر عامل حاسم، ويجب ضبطه والتحكم فيه وأخذه في الاعتبار، إذا علمنا أن للخبرات المبكرة في حياة الطفل أهميتها القصوى في ارتقائه النفسي. ومع ذلك فإن هذا العامل يخرج عن نطاق تحكم الباحثين في واقع الأمر، حيث ينفصل التوأمان كل منهما عن الآخر في أعمار متباينة. أضف إلى ذلك أن هذا الانفصال ربما لا يكون انفصالا تاما وكاملا، بل تظل هناك درجة أو أخرى من العلاقات المتواصلة، سواء بين الأسر (أسرة التوأم الطبيعية والأسرة الأخرى التي انتقل إلى العيش فيها) أو بين التوأمين أحدهما مع الآخر، ومع ذلك، فهناك دراسات كان فيها الانفصال تاما، إذ أجريت على توائم متماثلة انفصل كل توأمين أحدهما عن الآخر في سن صغيرة، ولا يعرف أي منهما شيئا عن الآخر، بل ربما لا يعرف أن له توأما على قيد الحياة، إلى أن تقابلا بعد ذلك بسنوات طويلة. وكذلك فإن التجربة

الطبيعية المحكمة (المضبوطة) يجب أن تتضمن توائم متماثلة انفصلوا وعاشوا في بيئات وظروف متعددة وتختلف في طبيعتها، وتكشف عن كثير من التنوع حتى نتحاشى الارتباطات الوراثية - البيئية. إلا أن هذا - أيضا - أمر يصعب تحقيقه في الواقع الفعلي، لأن تفضيلات الأسر وسياسات إعاشة وتسكين التوائم، تؤدي عادة إلى أن يعيش هؤلاء الأطفال المنفصلون عن أسرهم لدى عائلات متشابهة إلى حد كبير، ومن ثم ينتفي عامل تنوع البيئات الاجتماعية وتعددها.

وأخيرا، فإن دراسة الأطفال الذين يعيشون معا في كنف أسرة واحدة، ولا يوجد بينهم أي تشابه وراثي، يمكن أن تمدنا أيضا بكثير من المعلومات عن إمكان توريث السمات والخصال النفسية. وأطفال التبني أحسن مثال لذلك، ففي هذه الحالة لا يوجد تشابه وراثي بين الآباء المتبنين والطفل المتبنى، ولا بين الطفل المتبنى والطفل الحقيقي (البيولوجي) للأسرة التي تبنت الطفل. ويمكننا من خلال تلك الدراسات فحص الارتباطات بين أطفال مختلفين تماما وراثيا، ولكنهم تربوا معا في بيئة واحدة. ويمكننا كذلك مقارنة الارتباطات بين الوالدين وطفلهما البيولوجي حيثما توجد علاقة وراثية بينهما وبينه (ابنهم الحقيقي)، والارتباطات بين الوالدين وطفلهما بالتبني حيث لا توجد علاقة وراثية بينهما وبين هذا الطفل بالتبني. وفي هذه الحالات، فإن معاملات الارتباط بين الدرجات على مقاييس الخصائص النفسية تمدنا بتقدير لمدى إسهام الاشتراك والتشابه في الظروف البيئية، على اعتبار أنه لا يوجد ما يمكننا من إيجاد والدين بالتبني يتشابهان بيولوجيا في عدد من الجوانب المهمة مع الوالدين الطبيعيين للطفل المتبنى.

تقدير إمكان التوريث

لقد سعى بعض الباحثين إلى وضع نماذج بيولوجية إحصائية Biometric أو رياضية، يمكن من خلالها تحديد مقدار إسهام كل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية في الخصال والسمات

النفسية. ولنتأمل التشابه النسبي في مجموعة من الدرجات تكشف عن الأداء على عدد من الاختبارات، التي جرى تطبيقها على عينة من التوائم المتماثلة والتوائم الأخوية، يعيش كل زوج منها مع أسرته الطبيعية. فالتوائم المتماثلة متشابهة - ولا شك - في استعداداتها الوراثية بنسبة ١٠٠ في المائة، بينما يكون التشابه بين التوائم الأخوية نحو ٥٠ في المائة. وإذا افترضنا أن بيئات التوائم المتماثلة لا تختلف فيما بينها عن بيئات التوائم الأخوية من الجنس، وذلك لأن العوامل البيئية مثل أساليب التربية واتجاهات الوالدين حيال الطفل ومستوى التعليم والدخل... إلخ، تكون أكثر تشابها لدى التوأمين من الجنس نفسه، مقارنة بما إذا كان كل توأم من جنس مختلف عن الآخر، هنا يمكن استنتاج الآتي: نظرا إلى أن التوائم المتماثلة تتشابه فيما بينها في ١٠٠ في المائة من المورثات، في حين تبلغ تلك النسبة ٥٠ في المائة لدى التوائم الأخوية، فإن الفرق في متوسط معامل الارتباط بين هذين النوعين من التوائم إنما يعكس ٥٠ في المائة من الاختلاف القائم بينهما بسبب العوامل الوراثية. ومن ثم فإذا ضاعفنا هذا الفرق (بضربه × ٢)، فسوف نحصل على تقدير كمي للنسبة المئوية من التباين التي ترجع إلى تأثير العوامل الوراثية.

ولنضرب مثالا توضيحيا لذلك، بافتراض أن متوسط معامل الارتباط بين درجات عينة من التوائم المتماثلة على أحد مقاييس المزاج هو ٠,٥٠، وأن المتوسط ذاته لدى عينة من التوائم الأخوية هو ٠,٣٠، وبناء على النموذج السابق، فإن الفرق بين متوسطي معاملي الارتباط هو ٠,٢٠، وهو يعطينا مؤشرا كميا إلى أن ٥٠ في المائة من الفرق بين المجموعتين في درجاتهما على هذا الاختبار يرجع إلى العوامل الوراثية. ومن ثم فإن مضاعفة هذا الفرق ليصبح ٠,٤٠ تعني أن هذه النسبة من التباينات في الدرجات على هذا المقياس ترجع إلى عوامل وراثية، في حين ترجع النسبة الباقية (٦٠ في المائة) إلى عوامل كثيرة أخرى تشمل

العـوامل البـيـئـيـة وأخطاء القـيــاس. وعلى الرغـم من أن هذه النتــائج الافتراضيـة تشيـر إلى الدور المهم للعوامل الوراثيـة، فإنهـا تشيـر كذلك إلى أن الجـزء الأكـبـر من الفـروق في الـدرجـات على هذا الاخـتـبـار لا ترجع إلى عوامل وراثية.

ولا يعني هذا أننا نستطيع أن نعزو نسبة معينة من مزاج فـرد ما إلى عـوامل وراثيـة أو إلى عـوامــل بيئـيــة؛ ذلــك لأن هـــذا الأسلـوب لا يطبق إلا على عينة الدراسة ككل، ومعامـلات الارتبـاط المحسوبة هي تقـديرات كميـة للتبـاين داخل هذه العينة، الذي يمكن عـزوه إلى العوامل الوراثية، والتباين الذي يمكن عـزوه إلى العوامل البيئية. وإذا كـان أثر العـوامل البيئـيـة في سـمـة أو خـاصـيـة مـا أثرا ضـعـيـفـا، فـإن معظم التبـاين هنا سـوف يعـزى إلى عـوامل وراثيـة. وبالمثل إذا كـانت العـوامل الوراثيـة غيـر مؤثرة فـي سـمـة مـا، فـإن التبـاين الملحـوظ في تلك السـمـة يعـزى بالكامل الى العـوامل البـيـئـيـة. وبالطبـع يمكن أن نتصـور حـالات تكون فـيـهـا العـوامل الوراثيـة والعـوامل البـيئـيـة أكـثـر تشابكا وتعقيدا. وعلى سبيل المثـال، فربما لا يكون للبيئة التأثير ذاته في كل أفـراد العـينة، بل يكون تـأثيـرهـا مـقـصـورا فـقـط على أفـراد معينين من تلك العينة، تجـمعهم خلفيـة وراثيـة معينة. وهنا لن يؤثر العـامل البيـئي في الجـمـيع بطريقـة واحدة، وبالتـالي فـاسـتـخـدامنا نموذجـا رياضيـا بسيطا - كـالسـابق عرضـه - لن يكون مـلائمـا، لأنـه لا يستطيع أن يحدد آثار كل من الوراثة والبيئة.

ولهـذا، فـمـن المـمكن أن نـوسـع هذا النـمـوذج الرياضـي البـسـيط ونمتد به لكي نميـز بين مجمـوعتين من العوامل البيئية، همـا العوامل البيئية المشتركة Shared environmental factors، والعوامل البيئية غـيـر المشـتـركـة Non - shared environmental factors. ويشـيـر المفهوم الأول إلى التأثيرات البيئيـة التي جعلت أبناء الأسـرة الواحدة يشبه بعضهم بعضا، بينمـا يشيـر المفهوم الثاني إلى العـوامل البيئية التي جعلت أبناء الأسـرة الواحـدة مـخـتلفين بعضـهـم عن بعض. ومن

أمثلة العوامل البيئية المشتركة مستوى الدخل المادي للأسرة. أما أسلوب تعامل الأسرة مع كل طفل من أطفالها (الذي يختلف بناء على جنس الطفل وترتيب ميلاده...إلخ)، فهو مثال للعوامل البيئية غير المشتركة. ويمكننا أن نستنتج من ذلك أن هناك تأثيرا قويا للبيئة المشتركة، إذ تبين لنا أن هناك تشابها في الشخصية بين مجموعة من الأطفال لا توجد بينهم علاقة قرابة أو وراثة وتربوا معا في بيئة واحدة، كأن نجد تشابها في الشخصية بين الابن الطبيعي للأسرة وطفل آخر تتبناه تلك الأسرة ويعيش معها. فوجود معاملات ارتباط إيجابية بين درجات هذين الطفلين على اختبار ما، يعني أن التباين يرجع إلى بيئتهما المشتركة. أما ما يدلنا على وجود تأثير قوي للعوامل البيئية غير المشتركة، فهو وجود اختلافات كبيرة بين الأطفال المتماثلين والمتشابهين بيولوجيا والذين تتم تربيتهم معا في أسرة واحدة.

وهناك عدة طرق يمكن من خلال أي منها التقدير الكمي لتأثير العوامل البيئية المشتركة. إذ يمكننا ذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين أطفال لا توجد علاقة بيولوجية بينهم ويتربون معا في بيئة واحدة، بشرط ألا تميزهم - كمجموعة - عوامل بيولوجية تجعلهم مختلفين عن الجمهور العام للأطفال الذين ينتمون إليهم. ويمكن أيضا تقدير ذلك من خلال حساب الفرق في معاملات الارتباط بين التوائم المتماثلة الذين تربوا معا، والتوائم المتماثلة الذين انفصلوا بعضهم عن بعض، ولم يتربوا معا، حيث يكون التوائم الذين تربوا معا متشابهين في كل من التكوين الوراثي والبيئة المشتركة. هذا بينما نجد أن التوائم الذين تربوا منفصلين لا يتشابهون إلا في التكوين الوراثي فقط. وقد وُضع العديد من النماذج الرياضية لحساب التأثير النسبي لكل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية المشتركة والعوامل البيئية غير المشتركة على المزاج والشخصية والقدرات المعرفية.

وتبين أن متوسط قيمة معاملات الارتباط لعدد من سمات الشخصية كان حوالي ٠,٥٠ للتوائم المتماثلة، و٠,٣٠ للتوائم الأخوية. وهو ما يعني ضمنا أن ٤٠ في المائة من التباين يرجع إلى العوامل الوراثية، و٥٠ في المائة إلى العوامل البيئية غير المشتركة، و١٠ في المائة إلى العوامل البيئية المشتركة. وتبين كذلك أن التوائم المتماثلة أكثر تشابها في الشخصية، مقارنة بالتوائم الأخوية. وتأكد ذلك من دراسات أجريت على توائم متماثلة حدث انفصال بينهما، وعاش كل توأم معظم فترات حياته بعيدا عن توأمه الآخر (Lykken et al., 1992). وتبين من جهة أخرى أنه لا يوجد أي تشابه في الشخصية بين الأخوة والأخوات من غير التوائم، وهو ما يعني أن بيئة الأسرة المشتركة ليس لها تأثير يذكر في ارتقاء شخصيات أبنائها. فمتوسط معامل الارتباط على مقياس الشخصية بين الإخوة والأخوات من غير التوائم لا يزيد على ٠,١٥، ولا تختلف الحال عند دراسة أطفال التبني، حيث تبين أن معامل الارتباط بين الأطفال الطبيعيين للأسرة والأطفال المتبنين قريب من الصفر (Plomin & Daniels , 1987).

وسعت بعض الدراسات إلى تحديد المصادر المختلفة للتباين في سمات الشخصية، وإسهام كل منها، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين التوائم المتماثلة، وكذلك لدى التوائم الأخوية. وتبين أن الفروق في الارتباطات بين التوائم المتماثلة والتوائم الأخوية كانت أكبر كثيرا من المتوقع (بناء على هذه النماذج الرياضية المتوقع هوألا يزيد الارتباط لدى التوائم المتماثلة عن ضعف ما هو عليه لدى التوائم الأخوية). وكانت الارتباطات بين التوائم الأخوية أقل كثيرا من المتوقع إذ كان معظمها لا يزيد على الصفر إلا قليلا، بل كان بعضها سلبيا (Buss & Plomin , 1984 ; Emde et al.,1992).

ومن التفسيرات التي قدمت لذلك أن تقديرات الوالدين لأبنائهما - وهي البيانات التي حُسبت الارتباطات على أساسها - يغلب عليها التحيز وعدم الموضوعية. فالوالدان يميلان عادة إلى التقليل من

الفروق بين التوائم المتماثلة، والمبالغة والتضخيم في إبراز الفروق بين التوائم الأخوية. وهناك تفسير آخر على أساس وراثي، هو أن التأثيرات الوراثية ليست قابلة للإضافة أو الجمع البسيط بعضها إلى البعض الآخر، بل إن أحد المورثات ربما يكون مؤثرا ومسيطرا على جين آخر، وهذا ما يؤدي إلى الانخفاض الكبير في معاملات الارتباط بين التوائم الأخوية مقارنة بما عليه الحال لدى التوائم المتماثلة.

إمكان توريث الكف السلوكي والخجل

يلخص الجدول التالي (٤ - ١) عددا من الدراسات التي أجريت على عينات من التوائم المتماثلة والتوائم الأخوية، واستُخدمت مقاييس لكل من الكف السلوكي والخجل. ولما كانت معاملات الارتباط بين التوائم الأخوية المحسوبة بناء على مقاييس التقدير على وجه الخصوص منخفضة عادة - بسبب تحيز الوالدين وميلهما إلى المبالغة في الفروق بين التوائم الأخوية كما سبق أن أشرنا - فإن الجدول يوضح ما إذا كانت البيانات الخام المستخدمة في حساب معاملات الارتباط مستمدة من مقاييس تقدير أم مستمدة من أسلوب قياس آخر كملاحظة السلوك في المعمل مثلا.

وتمدنا تلك الدراسات بعدد من الخلاصات المهمة هي: أولا: يؤثر المكون الوراثي بقوة في الدرجة على مقاييس الخجل. فمعاملات الارتباط بين التوائم المتماثلة في الخجل مرتفعة بصورة ملحوظة، وكذلك فهناك ما يدل على أن التأثيرات الوراثية تفسر نسبة كبيرة من التباين في درجات الخجل. وتتسق هذه النتائج مع نتائج الدراسات التي اهتمت بقياس المزاج، والتي أشارت إلى وجود دلائل قوية على وراثة المزاج (Caspi, 1998)، وتدعم رأي بومسما وبلومن (Boomsma & Plomin , 1986, P. 143) في أن الخجل هو أكثر سمات الشخصية التي يمكن وراثتها، وأن العوامل الوراثية لها تأثير فيه يفوق تأثيرها في أي سمة أخرى من سمات الشخصية.

الجدول (٤ - ١): دراسات في إمكان توريث الكف السلوكي والخجل

الدراسة	العمر	حجم العينة	مصدر البيانات	القياس	معامل الارتباط للتوائم المتماثلة	معامل الارتباط للتوائم الأخوية	قيمة إمكان التوريث
غولدسميث وآخرون ١٩٩٩	٣ - ١٦ شهرا	١٢١ متماثلة ١٨١ أخوية	تقديرات الاختصاصي النفسي	١-الانضغاط والقلق في المواقف غير المألوفة ٢-غلبة الوجدان السلبي	٠,٥٩ ٠,٦٤	٠,٢٨ ٠,٣٠	٠,٦٢ ٠,٦٨
غولدسميث وآخرون ١٩٩٧	٢٤ - ٩٩ شهرا	٥٥ متماثلة ٦٤ أخوية	تقديرات الوالدين	الخجل	٠,٦٠	٠,٠١	١,١٨
		٨٩ متماثلة ٩٥ أخوية	تقديرات الوالدين	الخوف الاجتماعي	٠,٥٠	٠,٤٠	٠,٢٠
إمدي وآخرون ١٩٩٢	١٤ شهرا	١٠٠ متماثلة ١٠٠ أخوية	الملاحظة الملاحظة تقديرات الوالدين	الكف السلوكي الخجل الخجل	٠,٥٧ ٠,٧٠ ٠,٣٨	٠,٣٦ ٠,٤٤ ٠,١٣-	٠,٣٦ ٠,٥٠ ٠,٨٣
ميثني ١٩٨٩	١٢ شهرا ١٨ شهرا ٢٤ شهرا ٣٠ شهرا	٣٢ متماثلة ٢٢ أخوية	الجمع بين الملاحظات والتقديرات	الكف السلوكي	٠,٧١ ٠,٩٠ ٠,٨١ ٠,٧٣	٠,٢٥ ٠,٠٨ ٠,١١ ٠,٠٣	٩٢ ١,٦٤ ١,٤٠ ١,٤٠
بومسما وبلومين ١٩٨٦	٧,٥ سنة	٣٠ متماثلة ٢٨ أخوية	معدل نشاط القلب معدل نشاط القلب تقديرات الوالدين	نشاط القلب في أثناء فترات الراحة والاسترخاء نشاط القلب في أثناء الحديث أمام مجموعة الخجل	٠,٥٤ ٠,٥٨ ٠,٧٣	٠,٣٤ ٠,٣٥ ٠,٢٤	٠,٤٠ ٠,٤٦ ٠,٤٨
سيناث وأنغليتر ١٩٩٨	٣-١٤ سنة	١٤٨ متماثلة ١٧٠ أخوية	تقديرات الأمهات تقديرت الآباء	الخجل	٠,٥٣ ٠,٦٠	٠,٥٠- ٠,٦٠-	١,١٤ ١,٣٢

وثانيا، فإن طبيعة تلك الارتباطات وحجمها تتفق تماما مع ما خلصت إليه دراسات سابقة، في أن معاملات الارتباط بين التوائم الأخوية تكون أقل كثيرا من معاملات الارتباط بين التوائم المتماثلة،

وأنها عادة ما تكون قريبة من الصفر أو سلبية. فمن بين ستة عشر معامل ارتباط بين التوائم المتماثلة يوجد اثنا عشر منها تبلغ قيمة كل منها ضعف قيمة معاملات الارتباط لدى التوائم الأخوية. وتوجد ستة معاملات ارتباط بين التوائم الأخوية تبلغ قيمة كل منها، إما أقل من ٠,١٠ أو قيمة سلبية. ومن الواضح أن هذا النمط العام للارتباطات يتسم بقدر كبير من الثبات والاتساق، إذ لايختلف كثيرا باختلاف مصدر البيانات الخام التي يتم حساب الارتباطات على أساسها (تقديرات الآخرين وملاحظة السلوك واستخدام الاستبيانات) أو باختلاف أداة القياس (Matheny ,1989). ومع ذلك فإن هذا الاتساق والثبات يقل في الدراسات التي اعتمدت على مقاييس التقدير فقط كمصدر وحيد لبياناتها، في حين أن الدراسات التي اعتمدت على أكثر من مصدر لبياناتها توصلت إلى تحديد نسب إسهام الوراثة والبيئة في سلوك كل من التوائم المتماثلة والتوائم الأخوية بدرجة أعلى من صدق التنبؤات، مقارنة بتلك التي اعتمدت على مقاييس التقدير فقط (Boomsma & Plomin , 1986 ; Emde et al., 1992).

وأجرى «سبيناث وأنغليتر» (Spinath & Angleiter,1998) دراسة عن تقديرات عينة من الآباء والأمهات لأبنائهم من التوائم الأخوية من ذات الجنسين، وذلك على كل بند من بنود استبيان (EAS) بهدف تحديد مدى تشابه نمط الارتباطات عبر كل بنود الاختبار. ولم تثبت النتائج وجود هذا التشابه، فعندما رُتِّبت البنود العشرون التي يتكون منها الاستبيان، بناء على قيم معاملات الارتباط، تبين أن هذا الترتيب متشابه لدى الآباء والأمهات. وعلى سبيل المثال فإن كلا من الأب والأم قررا أن توأميهما متشابهان كثيرا في بند يقول: «ابني ودود ولطيف للغاية» في حين لا يوجد مثل هذا التشابه بينهما في بند آخر يقول: «ابني اجتماعي للغاية»، على الرغم من أن كلا البندين من بنود المقياس الفرعي للخجل في هذا الاستبيان. وهذا إن دل على شيء، فإنما يدل على أن التحيزات الوالدية في تقدير الأبناء ليست متسقة عبر كل

البنود، وإنما تتأثر بمضمون البند وصياغته. ويعني ذلك أن تقديرات الوالدين لخجل أبنائهم - من التوائم الأخوية من ذات الجنس - تتأثر بإدراكهم لأبنائهم أكثر من تأثرها بما يوجد بين التوأمين من عوامل وراثية مشتركة، مادامت تقديراتهم قد اختلفت من بند إلى آخر، على الرغم من أنها كلها بنود تقيس شيئا واحدا هو الخجل. وعلى الرغم من ذلك كانت درجة التشابه المدركة بين التوائم الأخوية صغيرة للغاية عكستها معاملات ارتباط قريبة من الصفر، ولم تكشف إلا عشرة بنود فقط من بين أربعين بندا عن معاملات ارتباط تزيد على ٠,٢٠.

وثالثا، فإن هذا النمط من الارتباطات يجعل التقدير الكمي لتأثير كل من العوامل البيئية المشتركة والعوامل البيئية غير المشتركة أمرا بالغ الصعوبة. ذلك لأن إدخال قيم معاملات الارتباط هذه في المعادلات الرياضية للنموذج، سوف يسفر عن ناتج يجعل تأثر العوامل الوراثية والتباين الكلي أكبر من الواحد الصحيح، وهي قيمة أكبر من الحد الأقصى المحدد في النموذج. وعلى رغم من ذلك، ففحص قيم تلك الارتباطات يشير إلى أن تأثير عوامل البيئة غير المشتركة على الخجل أكبر كثيرا من تأثير عوامل البيئة المشتركة، وهو ما يتسق مع نتائج دراسات سابقة عن تأثير العوامل البيئية على المزاج (Caspi , 1998). وفي الدراسات التي أمكن التوصل فيها إلى تقديرات معقولة وذات معنى، كما هي الحال عند قياس الخجل بالاعتماد على أسلوب الملاحظة (Emde et al., 1992) أو بالاعتماد على معدل نشاط القلب (Boomsma & Plomin ,1986). أشارت تلك التقديرات إلى أن نسبة تأثير عوامل البيئة المشتركة على الخجل تتراوح بين ١٢ في المائة و٢٠ في المائة، في حين تبلغ نسبة تأثير عوامل البيئة غير المشتركة ٣٠ - ٤٦ في المائة. ويتأكد هذا التأثير البسيط لعوامل البيئة المشتركة على الخجل من نتائج الدراسات التي قارنت بين درجات الخجل للتوائم المتماثلة الذين تربوا معا، والتوائم المتماثلة الذين تم فصل بعضهم عن بعض، أو من نتائج الدراسات التي قارنت بين الأطفال المتبنين والأطفال الطبيعيين لأسر التبني.

والسؤال الآن: لماذا هذا التأثير الضعيف لعوامل البيئة المشتركة؟ ولماذا يكون تأثير هذه العوامل أقل كثيرا من تأثير عوامل البيئة غير المشتركة ؟ لقد ظل هذا السؤال مثيرا لاهتمام الباحثين وحيرتهم، ولكنه لم يلق إجابة محددة، ولم يقدم لذلك تفسير يلقى تأييدا عاما من الباحثين. والحس العام -Common sense وليس النظريات العلمية الخاصة بأثر البيئة على ارتقاء الطفل - يميل إلى الاعتقاد بأن لعوامل البيئة المشتركة تأثيرا قويا ومهما. فالكثير من الناس العاديين يعتقدون أن تلك العوامل مثل ممارسة التربية الوالدية والتنشئة الأسرية واتجاهات الوالدين ومستوى تعليمهما، سوف ينسحب تأثيرها القوي على كل أبناء الأسرة. ومن ثم لا يفترض أنها يمكن أن تؤثر في أحد أطفال الأسرة من دون غيره من الإخوة والأخوات. غير أننا يجب أن نتذكر أن هناك أيضا العوامل الوراثية، وأنها تساهم فيما يبدو في تشابه بين أبناء الأسرة الواحدة، وأن هذا الإسهام يجب ضبطه إحصائيا قبل أن نحسب قيمة تأثير البيئة المشتركة.

وبالنسبة إلى تأثير العوامل البيئية غير المشتركة، نجد أن الدراسات التي اهتمت بتحديد ذلك بشكل مباشر دراسات قليلة. وسبب ذلك أنه من الصعب تحديد هذا التأثير وقياسه كميا بدقة في ظل أساليب القياس المتاحة. ومع ذلك فدراسة رودجرز وزملائه (Rodgers et al., 1994) تمدنا بأسلوب لتحديد هذا التأثير، حيث قام الباحثون فيها بتحليل الفروق بين ثنائيات من الأطفال على قائمة لقياس بعض المشكلات السلوكية. وروعي اختلاف درجة القرابة في تلك الثنائيات، فبعضها كان يتكون من توأمين، وبعضها من أخوين شقيقين، وبعضها من أخوين غير شقيقين، والبعض الآخر كان من أبناء العمومة أو أبناء الخالات. وجُمعت معلومات عن سلوك أمهات هؤلاء الأطفال شملت مؤشرين هما: الوقت الذي تقضيه الأم في القراءة لطفلها ومعدلات العقاب البدني من الأم للطفل. وحُسب الفرق بين كل طفلين من تلك الثنائيات على هذين المؤشرين. واعتبر هذا الفرق دليلا على الاختلاف

بين الطفلين في أسلوب تعامل الأسرة مع كل منهما، أي دليل على تأثير العوامل البيئية غير المشتركة. وبتحليل الدرجات على قائمة المشكلات السلوكية، تبين وجود معامل إمكان توريث مرتفع على كل مقاييس تلك القائمة، بما في ذلك مقياس للقلق. وتبين كذلك أن اختلاف أسلوب تعامل الأسرة مع أبنائها يرتبط جوهريا بالفروق بين الطفلين على قائمة المشكلات السلوكية، وذلك بعد أن ضُبط تأثير كل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية المشتركة ضبطا إحصائيا. كما تبين أن الطفل الذي تعرض أكثر للعقاب البدني، يعاني من مشكلات سلوكية أكثر. ولا يمكننا هنا أن نستنتج أيا من العقاب البدني والمشكلات السلوكية السبب وأيهما النتيجة. وتوضح تلك الدراسة أنه بالإمكان فحص وتحليل تأثيرات العوامل البيئية النوعية (غير المشتركة) باستخدام نماذج خاصة بتأثيرات كل من الوراثة والبيئة، تستمد بياناتها من عينات تتباين في درجة القرابة بين أفرادها.

ملخص:

استُخدم المنحنى البيولوجي الإحصائي كثيرا في مجال دراسة الشخصية، وذلك بهدف تحديد درجة إسهام كل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية ومسؤولية كل منها عن التباين في الدرجات على اختبار ما من اختبارات الشخصية. ويشير مجمل النتائج التي تم الوصول إليها إلى أن العوامل الوراثية تستوعب ما بين ٢٢ في المائة و٢٦ في المائة من هذا التباين، وأن العوامل البيئية غير المشتركة تستوعب ٥٠ في المائة منه. أما العوامل البيئية المشتركة، وعلى عكس ما يعتقد الكثيرون فليس لها إلا تأثير ضعيف، حيث لا تستوعب إلا أقل من ١٠ في المائة من التباين على مقاييس الشخصية. فمن الممكن أن يكون لكل من الأخوة والأخوات من الأسرة الواحدة شخصيته المختلفة كثيرا عن الآخر. وعلى الرغم من أن ذلك لا يبدو غريبا أو مدهشا على مستوى أسرة واحدة (على القارئ أن يفكر فيما يوجد بينه

وبين أخيه أو أخته من فروق عديدة في الشخصية)، فإنه يبدو غريبا باعتباره متوسطا لخصال شخصية الأطفال، تم الوصول إليه بدراسة كثير من الأسر المختلفة. ويعني ذلك إما أنه توجد بالفعل تأثيرات لتلك العوامل البيئية، ولكننا لم نستطع بعد تحديدها والكشف عنها، أو أن التأثيرات المتبادلة بين العوامل الوراثية من جهة والعوامل البيئية من جهة أخرى أكثر تعقيدا مما نتصور.

وتفترض بعض النظريات وجود مكون وراثي قوي في تحديد طبيعة المزاج. وقد لاقى هذا التصور تأييدا إمبريقيا من نتائج الدراسات التي اهتمت بدراسة المزاج بشكل عام، ودراسات الكف السلوكي والخجل على وجه الخصوص. ويبدو أن إخضاع الكف السلوكي والخجل للدراسة وفقا للنماذج البيولوجية الإحصائية ليس ملائما في أحيان كثيرة، وذلك بسبب ما تبين من أن معاملات الارتباط بين التوائم الأخوية تكون أقل كثيرا منها بين التوائم المتماثلة. وهذا أمر ليس له أسباب واضحة، ولا يوجد تفسير مقنع له، على الرغم من أن البعض يرجعه إلى تحيز تقديرات الآباء والأمهات لأبنائهم (الذين يبالغون في الفروق بين التوائم الأخوية ويقللون من الفروق بين التوائم المتماثلة)، فإن ذلك لا يقدم تفسيرا شاملا لهذا الاختلاف الشديد، والفرق الكبير في معاملات الارتباط هذه. ويقدم البعض الآخر تفسيرا آخر مؤداه عدم قابلية التأثيرات الوراثية للإضافة أو الجمع البسيط بعضها على بعض. وعندما كان تطبيق النموذج البيولوجي الإحصائي أمرا متاحا وملائما، أشارت النتائج إلى التأثير القوي لكل من العوامل الوراثية والعوامل البيئية غير المشتركة على كل من الكف السلوكي والخجل. وهو ذات التأثير القوي الذي تمارسه تلك العوامل على أمزجة وسمات شخصية أخرى. أما العوامل البيئية غير المشتركة فتأثيرها ضعيف للغاية.

إن حساب إمكان التوريث يتم من خلال دراسة عينات كبيرة من الأفراد، ولا تكشف على وجه الدقة عن التفاعلات المعقدة بين المزاج والبيئة. ومع ذلك، فنتائجها تقدم الدليل على وجود فروق فردية في

الكف السلوكي تظهر لدى الأطفال منذ باكورة حياتهم، وهو ما يدعم الافتراض الأساسي الخاص بتكوين المزاج، والذي يشير إلى أن الفروق الفردية في المزاج هي فروق فطرية ولادية Innate.

الأصول الاجتماعية للخجل

الخجل والتعلق

تنص نظرية التعلق Attachment theory على مفاهيم مستمدة من كل من نظرية التحليل النفسي Psychoanalysis وعلم الإيثولوجي Ethology (دراسة الحيوانات في بيئاتها ومواطنها الطبيعية). فلقد تأثر المحلل النفسي البريطاني «جون بولبي» John Bowlby كثيرا بإحدى نتائج دراسات الحيوانات، التي أشارت إلى وجود مرحلة حساسة وحاسمة في عمر الحيوان الصغير، يتحدد فيها ارتباطه بأمه، وأن الفشل في إقامة العلاقة بينهما في تلك المرحلة يترتب عليه كثير من أشكال السلوك المضطرب لدى هذا الحيوان الصغير في مراحل عمره التالية. لقد حاول بولبي عمل تكامل بين تلك النتيجة وإحدى الأفكار الأساسية في التحليل النفسي، وهي أن شخصية الراشد تتشكل في سنوات عمره المبكرة، وخصوصا من خلال علاقته وهو طفل صغير بكل من أمه وأبيه. فارتقاء شخصية الطفل يتأثر كثيرا بالتمثيلات الرمزية Symbolic representation للصراعات التي تنشأ بينه وبين والديه في باكورة حياته، وبالأسلوب الذي يتم به حل تلك الصراعات. ولذلك فإن نظرية التعلق تؤكد بشكل أساسي على أن تكوين الروابط الانفعالية بين الرضيع ومن يتولى رعايته أمر حاسم وله بالغ التأثير في ارتقائه (Bowlby , 1988).

وتشير نظرية التعلق إلى أنه يمكن تحديد طبيعة تلك الروابط الانفعالية بملاحظة استجابات الطفل على اختبار الموقف الغريب لإنسورث Ainsworth Strange Situation Test ويتضمن هذا الاختبار ثلاثة مواقف متتابعة، تشمل الطفل والأم وأحد الراشدين الغرباء بالنسبة

إلى الطفل. ويبدأ الاختبار بوجود الطفل والأم معا في إحدى الحجرات، ثم يدخل عليهما الراشد الغريب. ويلي ذلك أن تخرج الأم من الحجرة تاركة الطفل مع الغريب، ثم تعود الأم من جديد إلى الحجرة. وتلاحظ استجابات الطفل في تلك المواقف الثلاثة. وأشارت الملاحظات التي تمت لكثير من الأطفال على هذا الاختبار إلى أنه يمكن تصنيفهم في ثلاث فئات، وذلك بناء على ما يبدونه من رغبة في استكشاف البيئة المحيطة (الموقف الأول) ونمط استجاباتهم عند الانفصال عن الأم (الموقف الثاني)، وكذلك عند عودة الأم ثانية إليهم (الموقف الثالث). فهناك الطفل الذي يكشف عن تعلق آمن Security attachment، وهو طفل يثق في المواقف الجديدة، ولا يتشبث بالأم دائما رافضا لابتعادها عنه، ويستجيب إيجابيا للغريب. وعلى الرغم من أن هذا الطفل ربما يظهر بعض علامات القلق والتوتر عند انفصاله عن أمه، والاقتراب منها واحتضانها فور رؤيته لها عند رجوعها بعد الانفصال، فإنه سرعان ما يعود إلى هدوئه ويستأنف لعبه في ثقة وهدوء. أما التعلق غير الآمن فيصنف إلى نوعين: الأول تعلق غير آمن يقوم على التجنب والتحاشي Avoidant attachment، وفيه يبدي الطفل في الموقف الأول من هذا الاختبار قليلا من الانتباه لأمه، ولا يضطرب عند رحيلها عنه، ويتوافق بسهولة مع الغريب. وعند عودة الأم من جديد إلى الحجرة، فإنه إما أن يتجاهل ذلك تماما أو يتجه نحوها. أما النوع الثاني من التعلق غير الآمن، فهو التعلق القائم على المقاومة والرفض Resistant attachment أو ما يسميه البعض تعلق الخوف Fearful attachment. وفيه يكشف الطفل عن كثير من القلق والهياج على الرغم من وجود الأم، ويقاوم بشدة رافضا ابتعادها عنه وتركه وحيدا، حتى لو كان ذلك من أجل اللعب. وعند عودة الأم إلى الحجرة يكشف الطفل عن حال من الحيرة والتردد تأخذ شكل التكافؤ بين رغبته في الاقتراب منها، في الوقت ذاته الذي يقاوم ويرفض فيه هذا الاقتراب، وكذلك يجد الطفل صعوبة في استئنافه للعب.

وعلى الرغم من أن تلك الفئات الثلاث من التعلق تشير إلى نوعيات مختلفة من العلاقة بين الطفل وأمه، فإن بولبي (١٩٨٨) يرى أن أيا منها يميل إلى أن يكون ثابتا ومستقرا عبر الزمن، وأنه يصبح ملمحا مميزا للفرد في مراحل عمره التالية. وبلغة التحليل النفسي وافتراضاته يتم استدخال Internalization لنوع معين من التعلق. وعلى رغم أن هذا النوع المعين من تلك الأنواع الثلاثة للتعلق يبدأ كنوعية للعلاقة بين الأم والطفل، فإنه يتحول في آخر الأمر ليصبح خاصية نفسية ثابتة ودائمة لدى الطفل. ويكون الطفل نماذج عاملة Working models لنفسه ولمن يتعلق به. وتقوم تلك النماذج على أساس علاقة التعلق الأساسية التي كونها مع أمه، أو من يتولى رعايته بشكل أساسي في باكورة حياته. وتحدد تلك النماذج وتتنبأ بطبيعة العلاقات الحميمة التي سوف يكونها الطفل بعد ذلك في كل مراحل حياته. وكذلك فإنها تؤثر في توقعاته من ذاته ومن الآخرين. وبناء على تلك النظرية، فإن التعلقات غير الآمنة يمكن أن تؤدي إلى صعوبات ومشاكل كثيرة في كل من تكوين العلاقات الاجتماعية للطفل في مراحل حياته التالية، واستمرارها بالصورة المناسبة. ومن ثم يمكن القول إن الخجل ينشأ نتيجة لأحد النماذج العاملة التي تصاغ في ضوئها العلاقات الاجتماعية للطفل، والتي تتبلور نتيجة لطبيعة التفاعلات المبكرة بين الطفل ووالديه. ويبدو هذا التصور منطقيا وصحيحا من الناحية الظاهرية، وبخاصة حينما نأخذ في الاعتبار هذا التشابه بين الموقف الغريب كمقياس للتعلق وكمقياس للمزاج المكفوف. فالموقف الذي صممه «إينسورث» يشترك في عدد من الملامح مع الموقف في دراسات هارفارد وميريلاند وكمبردج عن الكف السلوكي (راجع الفصلين الثاني والثالث).

وتتأثر أنواع التعلق نفسها باتجاهات وسلوك الوالدين. فكما تم تصنيف أنواع التعلق بالاعتماد على ملاحظة سلوك الأطفال، يمكن أيضا ملاحظة سلوك الوالدين وتصنيفه في عدد من الأشكال تسمى

بأساليب المعاملة الوالدية Styles of parenting. وقد وجد إينسورث وزملاؤه (١٩٧٨) أن مدى حساسية الأم لحاجات ابنها مقيسة من خلال ملاحظة سلوك الأم في المنزل، وعندما كان عُمْر رضيعها عدة أسابيع، يمكنها من التنبوء جوهريا بنوع التعلق الآمن عند بلوغ الرضيع عمر سنة كاملة. وكان لهذه النتيجة أثرها البالغ على تنشيط البحث في هذا الموضوع، ومحاولة تحديد وتفسير العوامل المؤثرة في التعلق. ومع ذلك، فإن تلك النتائج التي توصل إليها إينسورث وزملاؤه لم تتكرر في دراسات أخرى بشكل متسق، وفشلت دراسات عديدة في إيجاد هذه العلاقة التنبئية (Seifer et al.1996).

ويرجع هذا الفشل إلى أسباب كثيرة أهمها أن مفهوم الحساسية Sensitivity – حساسية الأم لحاجات ومتطلبات طفلها – مفهوم واسع وغير محدد، ومن الممكن تعريفه وقياسه بأشكال وطرق مختلفة. فربما يشير إلى أن الآباء (سواء الآباء البيولوجيون أو الآباء القائمون بالتربية أو المربية الخاصة بالطفل أو إخوته الكبار، وكل من يقوم بدور أساسي في رعاية الطفل الصغير) يتسمون بالمرونة، ويهتمون بكل ما من شأنه رعاية الطفل. ويشير أيضا إلى عمليات معرفية، وذلك حيث يحدد الآباء ويختارون المهام والأشياء التي يقدمونها لطفلهم، معتقدين أنها الأنسب له في مرحلة ما، وتتوافق مع إمكاناته المعرفية، وبالتالي تساعده على التعلم والارتقاء. وربما تشير كذلك إلى مدى استعداد الآباء لتخصيص جزء من وقتهم لمشاركة الطفل ألعابه ونشاطاته. ويمكن أيضا أن تعرف في ضوء مدى سرعة تلبية الآباء لاحتياجات الطفل في وقت ما، وقدرتهم على التعامل بكفاءة مع تلك الاحتياجات. وأخيرا فهي يمكن أن تشير إلى ما يقدمه الوالدان لابنهما من دفء وتشجيع وتدعيم.

لقد تم افتراض أن التسلطية الزائدة للأم وعدم الحساسية لحاجات الطفل ومتطلباته والحماية الزائدة للطفل والكراهية ونقص الدفء والاتجاهات السلبية نحو الطفل والميل إلى انتقاده دائما، كلها

عوامل مؤثرة في تكوين خجل الطفل وارتقائه. ونحن في حاجة إلى دراسات توضح أيا من تلك العوامل أكثر أهمية وتأثيرا، وماهية العمليات النفسية التي تتوسط بين أسلوب تعامل الوالدين مع الطفل من جهة، وخصائص هذا الطفل وسماته النفسية من جهة أخرى.

إن علاقة الطفل بوالديه لا تتحدد في ضوء صفات وخصائص الوالدين فقط، بل تحكمها كذلك خصائص الطفل وصفاته. ومن هنا يمكن أن نتساءل: كيف يرتبط التعلق بالمزاج؟ فمزاج الطفل يؤثر في طبيعة علاقته بوالديه، ومن ثم فإن نوع التعلق الخاص بأحد أبناء أسرة ما، يمكن أن يكون مختلفا عن نوع التعلق الخاص بأخيه أو بأخته. فالوالدان ربما يكونان أكثر حساسية في تعاملهما مع طفل يتسم بخصائص مزاجية معينة، مقارنة بآخر له خصائص مزاجية مختلفة. ومزاج الطفل يؤثر ويحدد سلوكه تجاه حساسية والديه أو أي خاصية لديهما تؤثر في تشكيل التعلق. وسوف تواجه أي محاولة لاختبار وقياس تلك العلاقات والتفاعلات الممكنة بالكثير من الصعوبات، إذا أخذنا في الاعتبار أن مِزاج الطفل يمكن أن يؤثر ويحدد سلوكه في «الموقف الغريب»، ومن ثم يؤثر في تصنيفه في أي من أنواع التعلق الثلاثة. وعلى سبيل المثال فإن الطفل المكفوف سلوكيا سوف يكون أقل احتمالا لأن يصنف في نمط التعلق الآمن.

وهناك من الدلائل ما يشير إلى أن الخجل يرتبط إيجابيا برفض الوالدين ونبذهم للطفل، ويرتبط سلبيا بحساسية الوالدين ودفئهما. فقد خلص سيفر وزملاؤه (Seifer et al., 1996) في دراستهم التتبعية على عينة من الرضع، تم تتبعهم بالملاحظة والقياس بدءا من عمر ثلاثة أشهر حتى عمر اثني عشر شهرا، إلى وجود علاقات بين مجموعة مقاييس لحساسية الأم ومزاج الطفل ونوع التعلق. وفي تلك الدراسة تم استخدام مقياس للخجل (باعتباره أحد مكونات مقياس للتوجه والاقتراب Approach scale) لتقييم درجة ميل الأطفال الرضع إما للاستكشاف أو للتحفظ والخجل. وتبين أن نوع التعلق لم يرتبط

جوهريا بأي من المزاج بشكل عام، والخجل على وجه الخصوص، وذلك على الرغم من أن الخجل ارتبط بحساسية الأم. وكذلك ارتبط الميل للتوجه والاقتراب بملاءمة وجودة تفاعل الأم مع طفلها. وتبين أيضا أن الميل إلى التوجه والاقتراب ارتبط بكفاءة تفاعل الأم مع طفلها، وذلك في كل من عمر ستة أشهر وتسعة أشهر.

وعلى عينة من الراشدين متوسط أعمارهم ثمان وعشرون سنة، توصل شليت وزملاؤه (Schlette et al., 1998) إلى وجود ارتباط بين الخجل مقيسا بأسلوب التقدير الذاتي، والشعور بالرفض الوالدي ونقص الدفء الوالدي. وكذلك توصل دوجان وبرينان (Duggan & Brennan, 1994) إلى وجود معاملات ارتباط جوهرية بين مقياس «شيك - بص» للخجل وفئات نوع التعلق في نظرية بولبي، حيث ارتبط الخجل سلبيا بالتعلق الآمن وإيجابيا بتعلق الخوف القائم على الرفض والمقاومة.

فاعلية الذات Self efficacy

ثمة نماذج أخرى للعلاقة بين الخجل والارتقاء الاجتماعي للطفل، يركز بعضها على كيفية اكتساب الطفل ثقته في قدرته على القيام بسلوك ما، أو التصرف بشكل معين في أحد الموقف. ولقد كان ذلك محل اهتمام عالم النفس ألبرت باندورا Albert Bandura في نظريته عن فاعلية الذات. وعرف باندورا هذا المفهوم بأنه أحكام الفرد وتصوراته عن مهاراته وقدراته على تنظيم وتنفيذ سلوك ما وتحقيق إنجاز محدد. والنقطة الأساسية هنا ليست ما لدى الفرد بالفعل من مهارات وقدرات، لكن أحكام الفرد وتصوراته وتوقعاته عما يمكن أن يحققه وينجزه بما لديه منها، بصرف النظر عن طبيعتها أو مستواها (Bandura , 1986 p.39). ويؤكد باندورا أن الفرد يكون أحكامه ومعتقداته عن فاعلية ذاته بناء على أربعة مصادر هي: خبراته الشخصية، وما لاحظه

وتعلمه من خبرات الآخرين، وما يُنعت به أو ما يطلقه عليه الآخرون عادة من ألقاب وكنى، والعمليات الاستدلالية التي يقوم بها في مختلف المواقف الاجتماعية.

فالفرد حينما يحكم على مدى قدرته على القيام بسلوك ما بشكل فعال في أي موقف من المواقف الاجتماعية، فإنه يعتمد في ذلك على خبراته السابقة في مواقف مماثلة لهذا الموقف. وإذا كانت تلك الخبرات سلبية، وكان مصيرها الفشل، فإن ذلك يؤدي إلى انخفاض معتقداته في فاعلية ذاته، وإرجاع أي نجاح إلى المصادفة، والاعتقاد أنه كان مجرد نجاح عارض. وبسبب هذا النمط من التفسير الذي يتبناه الفرد تظل تلك المعتقدات قائمة، ويستعين بها الفرد لتفسير مردود أي سلوك يقوم به. وعلى سبيل المثال ربما يعزو الرجل الخجول أي نجاح اجتماعي يحققه إلى أنه لم تتح للآخرين فرصة أن يعرفوا حقيقته وواقعه الفعلي. ومع ذلك فإن الخجولين نادرا ما يفشلون في المواقف الاجتماعية، نظرا إلى ما لديهم من استراتيجيات كونوها لحماية أنفسهم من هذا الفشل. ومع ذلك فإنهم لا يعزون نجاحهم هذا إلى ما لديهم من استراتيجيات، على الرغم من أنها استراتيجيات مواجهة سلبية. فالمحاضر ربما يكون غير واثق من نفسه تماما بخصوص قدرته على التحدث أمام حشد من الناس، إلى درجة أنه في كل مرة يحاضر فيها يكره هذا الموقف ويخشاه. ومع ذلك فإن المحاضرة تمضي بسلام ويتحدث بكفاءة، ولا يحدث أي شيء يعكر صفو الموقف في أثناء كلامه، ويخرج من حجرة الدرس وهو يشعر بالراحة. إن أداء المحاضر هنا لا يقوم على أي أساس من المعتقدات حول الذات، ومع ذلك ففي المحاضرة التالية يعاوده القلق والتوتر من جديد. إن هذا - بالضبط - ما يحدث لكثير من الناس من توتر وقلق، عند ارتباطهم بمواعيد أو لقاءات مهمة أو الاشتراك في حفلة أو أي مناسبة اجتماعية، على رغم عدم وجود أي زلات أو أخطاء في السلوك الاجتماعي للفرد أو خبرة سابقة له تدل على الفشل والرفض في مثل هذا الموقف.

وكذلك يكتسب الفرد جزءا كبيرا من خبراته من خلال ملاحظته للآخرين، وما يترتب على ما يصدرونه من سلوك. فهو يلاحظ كيف يتصرف الآخرون في الموقف الذي يماثل ما يواجهه، ويلاحظ نتائج تصرفاتهم. وتؤثر تلك الملاحظات في فاعليته الذاتية بطرق مختلفة. فما يظهره الآخرون من اضطراب في موقف اجتماعي معين ربما ينتقل إلى الفرد ويتعلمه . كما أن ملاحظته لفشل الآخرين ربما تسبب له الخوف - بل الرعب - من هذا الموقف. وأيضا فإن سماع الفرد ورؤيته للانتقادات الكثيرة والتعليقات القاسية الدالة على التهكم والسخرية، التي هي جزء لا يتجزأ من بعض مواقف حياتنا اليومية، يزيد من وعيه بما يمكن أن تنطوي عليه تلك المواقف الاجتماعية من تهديدات ومشكلات، وما يمكن أن يدفعه الفرد فيها من ثمن غالٍ إذا فشل فيها، وهو ما يزيد من مخاوفه الذاتية، ومن احتمال أن يكون هو نفسه عرضة لتلك التعليقات القاسية أو التهكمية، أو أن يكون موضعا لتقييم الآخرين السلبي ونقدهم له.

ويجب أن يكون واضحا أن ملاحظات الفرد لسلوك الآخرين ولمرتبات هذا السلوك لا تتم بطريقة آلية، أي لا يزيد دور الفرد فيها عن مجرد التلقي السلبي لما يدور حوله ويلاحظه. فالفرد ليس «كاميرا» تسجل حرفيا ما يحدث، بل إنه يؤول ما يراه ويفسره في ضوء فهمه الخاص للموقف. فما يبدو ظاهريا في موقف اجتماعي معين على أنه تعليقات قاسية أو غير مهذبة، ربما لا يكون في حقيقته كذلك. فربما يكون الموقف مِزاحا بين مجموعة من الأصدقاء، أو أحد صور التعبير عن الود والتقارب بشكل يبدو لمن لا يعرف طبيعة الموقف أنه غير ملائم أو فظ. ولهذا الشكل من المزاح أو الفكاهة اللفظية آثاره الإيجابية على العلاقات الاجتماعية، إذ يؤدي إلى مزيد من التقارب والتماسك الاجتماعي بين مجموعة من الأفراد، واستمتاع كل منهم بوجوده وتفاعله مع الآخرين. غير أنه ربما يؤدي إلى آثار سلبية مثل العدوان والخلافات والاحتكاكات بين أفراد الجماعة. فإطلاق الألقاب والكنى

يمكن أن يعني وجود صداقة وود ومحبة، وربما يعني أيضا السخرية والنقد. فربما يطلق مجموعة من الأصدقاء على أحدهم لقب «الممل Boring أو المسبب للمشاكل» من دون أن يعني ذلك أنهم يقيمونه سلبيا، بل لأنه دائم إطلاق النكات والقفشات عن كيفية أنه ممل أو مسبب للمشاكل. ومع ذلك فهم يعتبرون صحبته صحبة «لطيفة» ويتقبلونه عضوا في مجموعتهم، يشاركهم دائما لقاءاتهم وأنشطتهم، بل إن لمثل هذا الشخص دوره المؤثر في الجماعة بما يشيعه من روح الفكاهة والضحك. وهو ما يساعد على استمرار بقاء الجماعة وزيادة استمتاع كل فرد فيها بوجوده مع بقية أفرادها.

إن تلك الملامح هي ما يميز مواقف العلاقات الاجتماعية التي يكون «المزاح» محورها، وليست بقصد التقييم الاجتماعي السلبي. ومع ذلك، فإن مثل تلك المواقف، وما يستخدم فيها من ألقاب وكنى يشتمل على عناصر لكل من الفكاهة والمرح من ناحية، والعدوان من ناحية أخرى. وأحيانا يكون من الصعب على البعض أن يعرف كيف يتصرف بشكل صحيح في مثل هذه المواقف. فالفرد الذي لا يألف طبيعة مثل هذا الموقف وآلياته، ولا يعرف ما يقصده أفراد الجماعة، ربما يدركه ويفسره باعتباره موقفا ينطوي على تهديد للذات، ويعتقد أن هناك مخاطر كثيرة تنتظره إذا أبدى أي استعداد للمشاركة فيه. وهذه بالضبط هي حال الشخص الخجول الذي يجعله رصيده الاجتماعي دائما على هامش المواقف الاجتماعية، ويجعله رافضا ومقاوما لمواقف المزاح وتقديم الملاحظات الفكاهية، وخائفا من أن يكون في بؤرة انتباه الآخرين. إن ذلك يعني أن ما يتم تعلمه عن طريق ملاحظة الآخرين ليس مستقلا أبدا عن شخصية القائم بالملاحظة.

ويعتبر التعلم بالنمذجة Modeling Learning أحد أهم أشكال التعلم بالملاحظة Observational learning. فالطفل ربما يعتبر أحد والديه - أو أي راشد آخر مهم بالنسبة إليه - نموذجا يقتدي به في سلوكه الخاص. والأب المنطلق اجتماعيا يقدم نموذجا لطفله كي يصبح

هو أيضا اجتماعيا ومنطلقا. وبالمثل إذا كان النموذج انسحابيا وغير مؤكد لذاته في المواقف الاجتماعية، فسوف يقلده الطفل في سلوكه هذا أيضا ويقتدي به. ومع ذلك - وكما أشرنا سابقا - فإن شخصية الطفل الملاحظ (المقلد) عامل مهم ومؤثر فيما سوف يتعلمه من النموذج الذي يقلده.

وما يطلق على الأطفال من ألقاب وكنى عامل مهم في تحديد فاعليتهم الذاتية. فإذا كان الوالدان لا يثقان في طفلهما، فإنهما سوف يساهمان في انخفاض أحكامه ومعتقداته عن فاعلية ذاته. وأحيانا ينقل الوالدان عدم ثقتهم هذه في طفلهما إليه من دون وعي تام بما يفعلون. وأحيانا أخرى يتم ذلك بشكل واع ومباشر من خلال ما يقدمونه للطفل من مدح وإطراء أو تأنيب واستهجان على ما يصدره من سلوك. وكذلك يطلق الراشدون على الطفل ألقابا ونعوتا بناء على ما يغلب على سلوكه وممارساته من خصائص. ويستخدمون تلك الألقاب، سواء في حديثهم المباشر مع الطفل أو عندما يتحدثون عنه مع الآخرين . فألقاب مثل الخجول والهادئ وغير المريح والبذيء والمتمرد والبارع ومعتدل المزاج، كلها أوصاف نطلقها على أطفالنا في أحاديثنا اليومية المعتادة. وإذا نعت الراشد طفلا ما بالخجل، فإن الطفل سوف يبدأ في التفكير في نفسه باعتباره خجولا، ويبدأ في تأويل استجاباته في المواقف الاجتماعية باعتبارها مؤشرات ودلائل على خجله، وليس باعتبارها راجعة إلى خصائص وظروف الموقف الاجتماعي ذاته، وأن الآخرين غير الخجولين سوف يتصرفون في هذا الموقف مثلما تصرف هو. فنحن عادة ما نستخدم النعوت والمسميات التي تطلق علينا بأسلوب من شأنه أن يضفي معنى على ما نصدره من سلوك. وقدم زيمباردو (Zimbardo , 1977 ,p.52) مثالا يوضح ذلك بسيدة تبلغ من العمر خمسا وسبعين سنة تتحدث عن بدايات معاناتها من الخجل، مشيرة إلى أن ذلك ارتبط بوصف مدرسها لها دائما بالخجولة وقت أن كان عمرها ثلاث عشرة سنة. وتقول السيدة: «أعتبر

نفسي خجولة، ولم أكن أرى نفسي كذلك حتى قال لي مدرسي يوما وأنا في الصف السابع: «أنت هادئة». ومنذ ذلك الوقت بدأت أشعر بأنني أقل من زميلاتي في قدرتي على التحاور والمحادثة مع الآخرين. إنني أخاف الآن من رفض الآخرين لي ونقدهم لما أقوله». ونحن بالطبع لا نستطيع أن نحدد من خلال تلك الاعترافات ما إذا كانت خبرة هذه السيدة مع مدرسها على وجه التحديد كافية في حد ذاتها لتكوين هذا الرأي عن نفسها، أم أن هناك عوامل وأسبابا أخرى تتعلق بتصوراتها عن ذاتها هي التي جعلتها أكثر تهيؤا واستعدادا لتفكر في نفسها بتلك الطريقة. فربما كان لديها قبل هذا الموقف معتقدات عن ذاتها جعلت لوصف مدرسها لها كل هذا التأثير.

وأخيرا فإن الناس ربما يستنتجون توقعات ما عن أنفسهم من استجاباتهم الفسيولوجية في مختلف المواقف. فمن خلال التعلم السابق، يمكن للإرشادات والتلميحات أو الهاديات Cues التي ارتبطت بمواقف اجتماعية صعبة إلى حد ما، مثل مواقف مقابلة الغرباء أو التحدث أمام جمهور، أن تصبح في ذاتها منبهات تستثير مباشرة مجموعة أعراض التوتر والخوف الذي حدث في تلك المواقف. وعادة ما يعتبر الناس استجاباتهم مؤشرات إلى عدم فاعليتهم الذاتية. وهناك دلائل على أن الناس يطلقون على أنفسهم أنهم خجولون على أساس استجاباتهم الفسيولوجية في المواقف الاجتماعية (Cheek & Watson,1989). فإذا وعوا أن ثمة زيادة في معدل نشاط قلوبهم، أو أن وجوههم تصبح حمراء اللون، فإنهم يعتبرون ذلك دليلا على خجلهم. ومعنى هذا أن تأويلهم لما حدث لهم في موقف بعينه، شُكِّل في ضوء اعتقادهم أن لديهم سمة نفسية ثابتة ودائمة هي المسؤولة عن استجاباتهم تلك. وبالطبع فإن هذا استنتاج خاطئ، لأن مثل هذه الاستجابات ربما تكون معبرة عن خصائص وملابسات هذا الموقف المعين أكثر من كونها خصائص للفرد ذاته. غير أن نتيجة ذلك هي أن تلك المواقف أصبحت تؤدي إلى زيادة معدل نشاط القلب واحمرار

الوجه. وشيئا فشيئا يتسع نطاق هذا الربط ويقوى، ويستمر الفرد في إصدار تلك الاستجابات الفسيولوجية، على الرغم من أنه لا يعاني أصلا من الخجل أو القلق الاجتماعي.

وتولد عن نظرية فاعلية الذات عدد كبير من الدراسات، ركز بعضها على الروابط السببية بين سلوك الفرد ومعتقداته عن فاعلية ذاته. وتبين أن عمليات تنظيم الذات Self - Regulation وما يحدده الفرد لنفسه من أهداف تؤثر في طبيعة تلك الروابط. ففيما يتعلق بالإنجاز الدراسي، تبين أن المعتقدات الإيجابية عن فاعلية الذات ترتبط بالانجاز المرتفع، وأن الأهداف التي يحددها الفرد لنفسه هي أحد أهم العوامل التي تؤثر في هذا الارتباط. فالأهداف مرتفعة الطموح ترتبط بالأداء الناجح، في حين ترتبط الأهداف الضعيفة والمتواضعة بالأداء المنخفض. وعلى الرغم من وجود تصور نظري قوي يوحي بوجود علاقات قوية بين فاعلية الذات والخجل، فإن دراسات قليلة هي التي اهتمت مباشرة بدراسة دور معتقدات فاعلية الذات في الخجل. إن معتقدات فاعلية الذات نوعية، بحيث إنها تختلف لدى الفرد الواحد من موقف إلى آخر، وليست سمة عامة تكشف عن نفسها في معظم المواقف بدرجات مماثلة. ولهذا السبب تكون توقعات الفرد لأدائه في موقف معين (أو عدة مواقف) مختلفة عنها بالنسبة إلى مواقف أخرى. وهذا ما ينطبق كذلك على الخجل، فربما يكون الفرد خجولا في موقف أكثر من غيره. وكذلك فإن فكرة أن بعض الأفراد يميلون إلى أن يضعوا لأنفسهم أهدافا ضعيفة ومتواضعة تكافئ ما يستخدمه الأفراد الخجولون من استراتيجيات لحماية أنفسهم، ولمساعدتهم على مجابهة المواقف التي تستثير خوفهم وقلقهم.

ارتقاء الخجل

المسارات الارتقائية Developmental Pathways

سبقت الإشارة إلى أن هناك العديد من الدلائل على أن الكف السلوكي يكشف عن قدر كبير من الثبات والاستمرارية عبر سنوات الطفولة. ومع هذا لايزال هناك العديد من التساؤلات عن العلاقة بين الكف السلوكي

والخجل في مراحل العمر التالية. وإحدى القضايا المهمة في هذا الصدد تتمثل في التساؤل القائل: هل هناك من كان مكفوفا سلوكيا في طفولته، ولكنه لم يعد كذلك فيما بعد ولم يصبح خجولا في رشده؟ وعلى العكس من ذلك: هل هناك مراهقون أو راشدون خجولون ولم يكونوا أطفالا مكفوفين من قبل؟ إن من بين الراشدين الخجولين من كان طفلا مكفوف المزاج، وأيضا بينهم من لم يكن كذلك. ويعني هذا أن هناك نقاط تحول في المسار الارتقائي ما بين مزاج الرضيع وشخصية الراشد. ولمفهوم «المسارات الارتقائية» أهمية وفائدته بخصوص ما يظهر في الدراسات الطولية التتبعية للارتقاء من تواصل واستمرارية لبعض السمات النفسية، وتوقف أو تغيير للبعض الآخر. وعلى سبيل المثال، أشار روتر (Rutter, 1989) إلى أنه بينما أدت الظروف الأسرية السيئة التي تعرضت لها إحدى السيدات في طفولتها إلى جعلها بعد ذلك امرأة تعاني الكثير من مشكلات سوء التوافق بعدما أصبحت أما، غير أن هذا ليس حتميا ولا ينطبق - بالضرورة - على الجميع. ومن الممكن أن نحدد المواقف والخبرات التي كان يحتمل أن تؤدي بتلك الطفلة - لو تعرضت لها بعد تعرضها للظروف الأسرية السيئة - إلى مستقبل أكثر إيجابية مما وصلت إليه. ومن تلك المواقف والخبرات النجاح الدراسي، وتجنب الحمل المبكر غير الشرعي (*)، وحسن اختيار شريك الحياة، والدعم الإيجابي الذي يجب أن يقدمه شريك الحياة. وكذلك يمكننا من خلال الدراسات التتبعية أن نحدد المسارات الارتقائية المتباينة، وما يسفر عنه طبيعة كل مسار حتى يصل إلى «محطته الأخيرة». ويمكننا تتبع تلك المسارات الارتقائية بالدراسة، إما من الأقدم إلى الأحدث، أي من الخلف إلى الأمام (من العمر الأصغر إلى العمر الأكبر)، أو من الأحدث إلى الأقدم، أي من الأمام إلى الخلف (من العمر الأكبر إلى العمر الأصغر). ويثير هذا التصور للارتقاء عددا من الأسئلة المهمة المتعلقة بالخجل:

(*) تعكس هذه النتائج ودلالاتها ثقافة المجتمعات الغربية، التي تتقبل قيام علاقات غير مشروعة بين الذكور والإناث خارج نطاق الأسرة والعلاقات الزوجية، ومن ثم احتمالات حدوث حمل، وهو ما يتنافى مع قيم ومعتقدات المجتمع العربي الإسلامي، الذي تحرم شريعته مثل هذه العلاقات الإباحية، وتجرمها [المترجم].

أ - ما طبيعة الموقف والخبرات التي تشكل نقاط تحول في مسار ارتقاء الخجل، والتي تجعل مسار ارتقاء الخجل لدى طفل ما يأخذ شكلا معينا دون سواه من المسارات؟

ب - هل نمط الخجل الذي يوجد في نهاية مسار ارتقائي كانت بدايته هي الكف السلوكي، يختلف عن نمط للخجل هو نهاية لمسارارتقائي لم تكن بدايته هي الكف السلوكي؟

ج - هل توجد أبعاد أخرى من المزاج (في بداية المسارالارتقائي) أو سمات شخصية أخرى تبزغ متأخرة (في نهاية المسارالارتقائي) من شأنها أن تجعل الراشد أكثر تهيؤا واستعدادا لأن يكون خجولا؟

د - هل ثمة خبرات تنشئة اجتماعية مبكرة تؤثر في المسارالارتقائي الخاص الذي سيسير فيه الفرد، أو في نمط الخجل الذي سوف يصل إليه في نهاية المسارالارتقائي؟

الواقع أنه لا يتوافر لدينا إلا معلومات قليلة يمكن أن تساعدنا في الإجابة عن تلك الأسئلة بوضوح. وربما كان السؤال الأخير هو أكثر تلك الأسئلة استحواذا على انتباه الباحثين ومحاولة الإجابة عنه. وقد عرضنا في بداية هذا الفصل لما يمكن أن يمثل إجابة عن هذا السؤال . فالباحثون يستخدمون مفهوم المسارات الارتقائية للربط بين مزاج الطفل من ناحية، وخصائص طبيعة علاقته بوالديه من ناحية أخرى. وعلى سبيل المثال، افترض روبين (Rubin , 1993) طريقا يربط بين الكف السلوكي (في بداية المسارالارتقائي) ووجود مشكلات توافقية لدى الطفل في مراحل عمره التالية. ومن أهم ملامح هذا المسار الارتقائي وجود طفل صغير مكفوف سلوكيا يجد صعوبة في التعامل مع المواقف الجديدة، وأبوين يجدان صعوبة في تهدئته واسترضائه. ووجود والدين يستجيبان لطفلهما بقدر ضعيف من الحساسية، وبأسلوب ينم عن عدم تقبل وكراهية له، أو السعي للسيطرة التامة عليه والتحكم في جميع تصرفاته. وباختصار فإن نوع «التعلق غير الآمن» هو الملمح الأساسي لهذا المسار الارتقائي، حيث يتم استدخال هذا النوع

من التعلق ليشكل الطفل من خلاله «نموذجه الداخلي العامل». وهو ما يؤدي به بعد ذلك إلى كثير من أشكال الاضطراب في علاقاته الاجتماعية بأقرانه وبزملائه في المدرسة.

وقارن ميلز وروبين (Mills & Rubin ,1993) بين المعتقدات والاتجاهات نحو الجدارة الاجتماعية لدى ثلاث مجموعات من الأمهات، الأولى أمهات لأطفال منسحبين اجتماعيا، والثانية أمهات لأطفال عدوانيين، والثالثة أمهات لأطفال عاديين، ليسوا عدوانيين ولا منسحبين. وتكونت العينة الأساسية للدراسة من ١٢٢ مبحوثة جميعهن أمهات لأطفال في الرابعة من العمر. وشارك منهن بعد ذلك ٤٥ أما فقط عندما بلغ أطفالهن عمر السادسة. وتبين من نتائج تلك الدراسة أن أمهات الأطفال المنسحبين كن أكثر الأمهات تأكيدا وتركيزا على ضرورة إعطاء الطفل تعليمات واضحة ومباشرة عن المهارات الاجتماعية. بل وتحدد الأم للطفل - بوضوح وفي شكل توجيهات وتعليمات - ما يجب أن يفعله وما لا يفعله، وتستخدم المكافآت والعقاب كاستراتيجية لتعليم الطفل السلوك الماهر. وتعتقد أن التوجيه والتدخل المباشر في سلوك الطفل هو أحسن وسيلة لمساعدته على التغلب على ما يواجهه من صعوبات. وتبين كذلك أن مبحوثات تلك المجموعة كن أكثر الأمهات ميلا إلى عزو سلوك الطفل إلى سماته النفسية، أكثر من عزوه إلى المرحلة العمرية التي يمر بها. وتبين أخيرا أنهن أكثر الأمهات شعورا بخيبة الأمل والارتباك والشعور بالذنب تجاه أي سلوك يصدره الطفل، وكأن الأم هي المسؤولة مسؤولية كاملة عن كل أشكال السلوك التي يصدرها طفلها.

غير أن تلك النتائج لم تتكرر، وذلك على عينة أخرى من أمهات مجموعة من الأطفال أكبر عُمرا، وهو ما يجعل التساؤل مايزال مطروحا حول ما إذا كانت تلك العلاقات والارتباطات تتغير بزيادة عمر الطفل، أم أن هناك فروقا بين عينتي الأمهات هي التي أدت إلى مثل هذا الخلط في النتائج. أضف إلى ذلك أننا لا يمكن أن نعرف من تلك

النتائج ما إذا كانت معتقدات الأمهات وسلوكهن مع أطفالهن هي التي أدت إلى هذا السلوك الانسحابي لأبنائهن، أم أن تلك المعتقدات وهذا السلوك هو رد فعل من الأمهات على السلوك الانسحابي لأبنائهن. وعلى الرغم من ذلك فإن تلك النتائج تتوافق إلى درجة كبيرة مع ما أكد عليه روبين من أن كلا من مزاج الطفل الصغير وعلاقته بوالديه (أو بمن يتولى رعايته) يؤثر في مستوى خجل هذا الطفل في مراحل عمره التالية ويحدد مستواه ودرجته.

الخجل وارتقاء الذات Shyness and development of the self

من أكثر تصنيفات الخجل شيوعا ذلك الذي يميز بين نوعين من الخجل هما خجل الخوف Fearful shyness، وهو ذلك الذي يظهر في سنوات العمر الأولى، وخجل الشعور بالذات Self - conscious shyness، الذي يظهر في مراحل عمرية تالية. ومن الممكن أن يكون الكف السلوكي هو ما يجعل الطفل أكثر استعدادا للإصابة بخجل الخوف ما دامت الملامح الجوهرية لهذا النمط من الخجل - وهي خوف الفرد وتوجسه وقلقه في المواقف الجديدة وعند تعامله مع الغرباء - هي نفسها الملامح المحددة للمزاج المكفوف. أما خجل الشعور بالذات، فلأن جوهره هو انشغال الفرد بكيفية تقييم الآخرين له، فهو لا يظهر إلا متاخرا، وبعد أن يكون الطفل قد اكتسب مفهوما واضحا عن ذاته يمكنه من الوعي بنظرة الآخرين إليه، وتقييمهم لسلوكه وأدائه.

وفيما يتعلق بالارتقاء بشكل عام، وارتقاء الوعي بالذات على سبيل المثال، علينا ألا ننسى عددا من المبادئ العامة: أولها أن ارتقاء فهم الطفل لذاته هو عملية تدريجية، ولا يحدث دفعة واحدة بين عشية وضحاها. فضلا عن أنه لا يحدث في مراحل منفصلة بعضها عن بعض. ولهذا فعندما نقول - مثلا - إن الطفل الذكر يدرك ويفهم أنه ولد، وليس بنتا، فيما بين الثانية والثالثة من عمره، ولكنه لا يدرك أنه

سوف يظل ولدا مهما زاد عمره أو لو ارتدى فستانا ومارس ألعاب البنات إلا بعد أن يصل إلى عمر الرابعة (Szkrybalo & Ruble, 1999)، فإن هذا التحديد العمري هو مجرد متوسط للمجموعة، ومؤشر تقريبي لما يحدث لأغلب الأطفال العاديين، ولا يشترط أن ينطبق - حرفيا - على كل الأطفال. وثانيا، فإن ارتقاء فهم الطفل لذاته إنما يتأثر بما يحدث للطفل من تغيرات أخرى معرفية وانفعالية وجسمية. ومن الخطأ اعتباره عملية منفصلة يمكن دراستها وتتبعها وفهمها بمعزل عن تلك التغيرات. وثالثا، فالارتقاء لا يحدث من فراغ أو مجرد تغيرات داخل الطفل، بل هو متأصل وموجود في العالم الاجتماعي للطفل وجزء لا يتجزأ منه. فالذات هي في الأساس بناء اجتماعي Social Construction، لا يكتسب إلا من خلال علاقات الطفل بالمحيطين به أو من يتولون رعايته، بل إن تلك العلاقات نفسها هي جزء من نسق أوسع وأكثر تعقيدا، ذلك لأنها متأصلة في العالم الاجتماعي الواسع للممارسات الثقافية والحضارية الخاصة بكل مجتمع من المجتمعات. وكثيرا ما يتم إغفال هذا المبدأ الثالث، ولا يأخذ ما يستحق من الاهتمام والتأكيد، وخصوصا عندما نكون بصدد تحليل ارتقاء طفل معين أو دراسة الارتقاء على مستوى الطفل الواحد.

ويمر ارتقاء الوعي بالذات عبر عدد من المراحل كما يلي:

أ - يعي الطفل أنه كيان متمايز عن كيانات أخرى في بيئته، وأن له خصائصه المميزة.

ب - يعي الطفل أن ثمة معايير للسلوك متعارفا عليها في بيئته الاجتماعية، ويبدأ في تقييم ذاته وفقا لتلك المعايير.

ج - يدرك أن للآخرين فهمهم وتصورهم المعرفي والانفعالي الخاص للمواقف والأحداث، والذي يختلف عن فهمه وتصوره هو لتلك المواقف والأحداث نفسها.

د - يدرك أن الآخرين يمكن أن ينظروا إليه ويقيموه بطريقة تختلف عن رؤيته هو وتقييمه الخاص لذاته.

هـ - يدرك أن وجهة نظر الآخر فيه هي بمنزلة تقييم لشخصه ولأدائه، وما إذا كان الآخرون يعتبرونه طفلا جيدا أم طفلا سيئا.

و - تؤثر وجهة نظر الآخرين في الطفل على وجهة نظره هو في نفسه، حيث يرجع إليها عندما يقيم نفسه.

الوعي بالذات Self awareness

ثمة اتفاق بين الباحثين على أن الرضيع الصغير لا يمكنه التمييز بين ما يتعلق بذاته من جهة، وما يتعلق ببيئته الخارجية من جهة أخرى. وهو ما أسماه بياجيه Piaget التمركز حول الذات الأنتولوجي Ontological egocentrism وأسماه فرويد Freud النرجسية الأولية Primary narcissism. هناك اتفاق - إذن - بين النظريات المعرفية ونظريات التحليل النفسي على عدم وجود أي وعي بالذات لدى الوليد البشري، وأن ذلك لا يحدث إلا عندما يصبح الرضيع واعيا بوجود أشياء أخرى في البيئة من حوله، كل منها هو كيان متمايز عن الآخر، ومتمايز عنه هو نفسه (أي الرضيع) ككيان. وتدريجيا يبدأ الطفل في استخلاص ما هو ثابت ودائم الوجود في خبراته، ويبدأ في فهم مبدأ «دوام الشيء» Object permanence الذي يعني أن وجود الأشياء هو أمر منفصل عن وجوده هو، وأن الأشياء تظل موجودة حتى لو غابت عن خبرته المباشرة (لا يراها أو يسمعها أو يلمسها...إلخ). ووصول الرضيع إلى هذا المستوى الارتقائي هو الذي يجعله قادرا على فهم أنه مجرد شيء أوكيان واحد، في عالم يتضمن الكثير من الأشياء والكيانات. ومن هنا يبدأ هذا النوع من التمركز حول الذات في الضعف والتلاشي، وإن كان ذلك يحدث بالتدريج.

ومعظم ما يحدث في السنة الأولى من عمر الطفل من نمو وارتقاء، يكون خاصا بتنظيم وتكامل أنساقه الحركية والإدراكية. ولا تشهد هذه السنة إلا بدايات أولية للوعي بالذات، تتمثل في أن الرضيع يبدأ في التمييز بين ذاته من جهة وأمه (أو من يتولى رعايته بشكل أساسي) من

جهة أخرى، وكذلك يخبر ذاته بوصفها قادرة على إحداث تغييرات في بيئته. ومع ذلك يبدو أن الرضيع مؤهل بيولوجيا للانخراط في التفاعلات الاجتماعية، حيث يشهد النصف الثاني من سنته الأولى ارتقاء مهما في عملية التواصل له آثاره ومتضمناته المهمة في وعي الرضيع بذاته، إذ يبدي الرضيع في تلك الفترة قدرة على تقليد سلوك أمه. وكذلك يستطيع الرضيع في نحو عمر شهرين أن يتتبع الأم ببصره محدقا فيها، وهي تتحرك أمامه في اتجاهات مختلفة. وكذلك يتتبع الاتجاهات التي تشير إليها الأم بإصبعها، حيث يحدق - في كل مرة - نحو الاتجاه أو الشيء الذي تشير إليه الأم. وهناك أيضا ما يدل على وجود أشكال مبكرة وبدائية من التواصل، يطلق عليه البعض «المحادثة البدائية» Protoconverstaion، التي تكشف عن نفسها في قدرة الوليد على إشراك الأم في خبراته ومتطلباته. وكذلك تشهد السنة الأولى من عمر الرضيع نمو قدرته على التمييز بين أمه وغيرها من الناس، فنجده ينظر إليها أكثر مما ينظر إلى الآخرين، ويبدي قلقا وتوترا عندما تبتعد عنه وينفصل عنها.

ويكشف التحليل الدقيق لتلك الارتقاءات والإنجازات التي يحققها الرضيع، عن أنها تساعد على إضعاف هذا النوع من التمركز حول الذات. فمثلا تعني قدرة الرضيع في سنته الأولى على تتبع وملاحقة أمه بالنظر إليها في انتقالها من موضع إلى آخر، أنه قادر على ألا يقصر نظره على هدف أو موضع واحد ثابت في مجاله البصري. وعلى الرغم من ذلك، فعندما تشير الأم إلى شيء ما خلف الطفل فإنه يظل يبحث عنه في المجال البصري أمامه، ولا يلتفت ليبحث عنه أو ينظر إليه خلفه. ولهذا أشارت بعض الدراسات (Butterworth & Jarrett, 1991) إلى أن الطفل يظهر في تلك السنة ما يشير إلى أنه متمركز حول الذات، ويظهر أيضا ما يشير إلى عدم تمركزه حول ذاته. فهو وإن كان قادرا على تتبع التغييرات في مواضع شيء ما (غير متمركز)، فإنه لا يتخذ منظور

الآخر، إلا إذا كان هذا المنظور هو نفسه منظوره الخاص (متمركزا). ويعني هذا أن الرضيع لا يعرف أن منظوره ربما يختلف عن منظور الآخرين، وذلك لا يحدث إلا بعد عدة سنوات.

أما السنة الثانية من عمر الرضيع، فتشهد ارتقاء حاسما في اكتسابه الوعي بالذات، حيث يكون الارتقاء في هذه السنة سريعا، ويحدث في مجالات كثيرة. فبسبب ما يحدث من زيادة كبيرة في المهارات الحركية للطفل، فإنه يصبح أكثر استقلالية في حركته وتنقله من مكان إلى آخر، ومن ثم تزداد قدرته على استكشاف البيئة من حوله. وكذلك يصير أكثر تحملا لانفصاله عن أمه. وهو ما يعني أنه أصبح قادرا على تكوين تمثيل عقلي ذهني Mental Representation ثابت ودائم عنها (فغيابها عنه لا يعني عدم وجودها)، هذا بالإضافة إلى الارتقاء الكبير الذي يشهده المجال اللغوي، الذي يتمثل في تحقيق مزيد من فهم الطفل للغة واستخدامه لها.

وتظهر بعض متضمنات تلك الارتقاءات ويستدل عليها من خلال أداء الطفل مهمات التعرف البصري، والتي تُفحص فيها استجابات الطفل حين يرى صورته منعكسة أمامه في المرآة، أو يرى نفسه على شاشة الفيديو. ففي السنة الأولى من عمره يبدي الطفل ولعا شديدا بذلك، ويبدو مستمتعا وهو ينظر إلى صورته، لكنه لا توجد أي فروق بين استجابات الرضيع عندما ينظر إلى صورته هو، وعندما ينظر إلى صورة أي شخص آخر. وفي النصف الثاني من السنة الأولى من عمره، يستمتع الرضيع باللعب مع صورته المنعكسة أمامه في المرآة، إذ يتمايل يمينا ويسارا لتتمايل هي أمامه. ولا شك في أن هذا السلوك يغرس في الرضيع انطباعا بقدرته البازغة على التأثير في بيئته (فهو عندما يتحرك، يوجد من يتحرك مثله). وكذلك يستطيع الرضيع التعرف على نفسه في هذا الموقف الذي ينتج عن حركاته فيه تغييرا مطابقا تماما في صورته في المرآة.

وتشهد ظاهرة التعرف على الذات والوعي بها تغييرات مهمة في استجابة الرضيع خلال السنة الثانية من عمره. فإذا كان يستطيع في سنته الأولى التعرف على نفسه في صورته المنعكسة أمامه في المرآة، فإنه يتمكن في عمر خمسة عشر شهرا من التعرف على نفسه في صورة فوتوغرافية أو في فيلم فيديو سبق تصويره له. وعادة ما تتم دراسة هذا المسار الارتقائي للوعي بالذات باستخدام نموذج التعرف على الذات بصريا Visual self recognition paradigm. وأولى خطوات هذا النموذج أو تلك التجربة هي أن يوضع الرضيع أمام مرآة ليلاحظ نفسه. وبعد أن ينظر إلى صورته عددا من المرات - محددة سلفا كمعيار - تدل على أنه منتبه بالفعل إلى صورته في المرآة، وأنه ينظر إليها بتركيز وليس نظرات اعتباطية أو بالمصادفة ناحية المرآة، يتم عمل علامة على أنف الطفل بوضع قليل من أحمر الشفاه، ثم يوضع الطفل من جديد أمام المرآة، وتلاحظ استجاباته بعد وضع تلك العلامة على أنفه (يضحك، يبكي، يصرخ، تتغير تعبيرات وجهه، يحاول لمس تلك العلامة بيده، يشير إلى أنفه أو وجهه). وتبين أن مثل هذه الاستجابات التي ذكرناها لا تحدث أبدا من الرضيع الذي يبلغ عمره أقل من خمسة عشر شهرا، ولكن يحدث بعضها في المرحلة العمرية ما بين خمسة عشر وثمانية عشر شهرا. وبعد عمر ثمانية عشر شهرا تحدث زيادة كبيرة في سلوكيات الرضيع واستجاباته ذات الصلة بتلك العلامة التي رُسمت على أنفه (Brooks - Gunn & Levis , 1984, pp.223-224). وتبين أن هذا المسار الارتقائي هو السائد لدى معظم الرضع في الكثير من الدراسات المماثلة التي أجريت.

وهدفت إحدى الدراسات (Lewis & Brooks-Gunn, 1979) إلى المقارنة بين ردود أفعال الرضيع وهو يرى صورته في المرآة، وردود أفعاله وهو ينظر إلى صورة فوتوغرافية له، بخصوص تعرفه على ذاته في كلا الموقفين، وما إذا كان الطفل يعتمد في تعرفه على ذاته بصريا على ما يقوم به من حركات تحدث لصورته في المرآة أمامه، أم يعتمد

فقط على ملامح وجهه في حد ذاتها. وتضمنت الدراسة ثلاثة مواقف: الأول: رؤية الطفل نفسه في ذات اللحظة، حيث يصور مباشرة بالفيديو، والثاني: رؤية الطفل نفسه في فيلم فيديو مسجل له في وقت سابق ليس بعيدا، والثالث: رؤية الطفل فيلما لطفل آخر يماثله في الجنس والعمر. وتبين أنه لا توجد فروق في استجابات الرضع في الموقفين الثاني (حيث الذات هو محور الفيلم) والثالث (حيث الآخر هو محور الفيلم)، إلا لدى الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين واحد وعشرين إلى أربعة وعشرين شهرا. وهو ما يعني أن التعرف على الذات بصريا بناء على الملامح الشخصية (ملامح الوجه) لا يحدث قبل الربع الأخير من السنة الثانية من عمر الطفل.

وفي ضوء نتائج تلك الدراسات في التعرف على الذات بصريا يلخص «لويس وبوركس - جون» التغييرات التي تحدث في معرفة الذات Self - Knowledge، خلال تلك المرحلة العمرية في أنها تعكس التحول من الذات الوجودية Existential self إلى الذات الفئوية Categorical self. وهو ما يعني أنه كلما كبر الطفل، فإنه يميل إلى أن تكون معرفته لذاته في ضوء الفئات التي ينتمي إليها كالعمر والجنس. وتلك العملية الفئوية التصنيفية - معرفة الذات بالاعتماد على انتسابها لفئة أو تصنيف معين - ييسرها ما يحدث من ارتقاء في لغة الطفل في هذا العمر، وذلك لأن المسميات والنعوت اللفظية يمكن ربطها بتلك الفئات. وقد وجد البعض (Bertenthal & Fischer , 1978) أن الطفل الذي أكمل سنتين من عمره قادر على الاستجابة عند مناداته باسمه، أو عندما تشير أمه إلى صورته في المرآة، وتسأله عن صاحب هذه الصورة. وكذلك وجد كيغان (1981) أن نهاية السنة الثانية من عمر الطفل تشهد زيادة كبيرة في معدل استخدامه للكلمات والجمل الواصفة للذات والمعبرة عنها، وللكلمات التي تعبر عن حالات الطفل النفسية. وأن الألفاظ والأفعال الدالة على ضمير المتكلم أنا «I»، وضمير المتكلم «Me» وضمير المتكلم «My» لا وجود لها تقريبا قبل

عمر أربعة عشر شهرا، ولكنها تشهد زيادة كبيرة في نحو عمر أربعة وعشرين شهرا. وأن الكلمات المعبرة عن رغبة ما أو حالة نفسية محددة مثل «أريد»، «أتألم»، «أشعر»، «أفكر»، لا تظهر أبدا في كلام الطفل قبل المرحلة العمرية من تسعة عشر إلى اثنين وعشرين شهرا.

ومن الطريف أن هناك ما يشير إلى أن هذا المسار الارتقائي في الوعي بالذات ومعرفة الذات، يوجد لدى كائنات أخرى مثل «الغوريلا كوكو» التي تعلمت بعض الرموز اللغوية في عمر مبكر، ثم خضعت للملاحظة والدراسة بعد ذلك (Patterson & Cohn, 1994). لقد تعلمت «كوكو» بعض الكلمات وعمرها سنة واحدة، وظلت بعد ذلك تتعرض لتدريب مستمر لكي تنطق بالإنجليزية، وبالفعل تمكنت من نطق وفهم ضمير المتكلم Me وضمير الملكية Mine وكذلك اسمها، حين بلغت من العمر أربعة وثلاثين إلى خمسة وثلاثين شهرا. وشاركت «كوكو» في تجربة للتعرف على الذات بصريا، وأظهرت سلوكا يكشف عن تعرفها على نفسها من خلال صورتها في المرآة، حينما بلغت من العمر اثنين وأربعين شهرا. وإذا كان الربط بين التعرف على الذات بصريا وبدء استخدام الضمائر الدالة على الذات، يحدث لدى الرضيع البشري في نهاية السنة الثانية من عمره، فتبين أنه يحدث أيضا لدى «كوكو» في منتصف السنة الثالثة من عمرها.

وتوجد تشابهات ارتقائية أخرى بين الغوريلا والطفل البشري، إذ بدأت «كوكو» في استخدام كلمات تعبر عن حالتها الداخلية بما في ذلك حالتها الانفعالية مثل «آسفة»، «حسنا» «قبلة»، «يبتسم»، «غبي» عندما بلغ عمرها واحدا وثلاثين شهرا، ثم حدثت زيادة سريعة في اكتسابها المفردات اللغوية في السنة الرابعة من عمرها، متأخرة نحو عام كامل عن الطفل البشري. وكذلك أبدت «الغوريلا كوكو» بعض المظاهر الدالة على الارتباك Embarrassment، فحينما كان عمرها خمس سنوات كانت تلعب مع عرائسها، وأشارت إلى نفسها وداعبتها. ولما لاحظت أن هناك من يراقبها توقفت فجأة عن هذا النشاط،

ونظرت بعيدا، هاربة بعيونها عمن يلاحظها. وفي نحو عمر السادسة بدأت «كوكو» تنطق ببعض الكلمات التي تعبر بها عن الحالة الانفعالية لشخص آخر غيرها.

تقييم الذات Self - evaluation

يؤدي اكتساب الطفل لذاته الفئوية (إدراك الذات في ضوء فئة أو أكثر ينتمي إليها الطفل)، مع ما حدث له من ارتقاء في اللغة، إلى تزويده بالوسائل الرمزية التي تمكنه من أن يتمثل معرفيا المعايير والقواعد السائدة في بيئته الخارجية، وأن يقيم ذاته وفقا لها. فخلال السنة الثانية من عمره، يبدأ الطفل في إظهار الوعي بمعايير الراشدين للسلوك، ويبدي ما يشير إلى أنه يقيم ذاته وفقا لتلك المعايير. وكذلك فهو يبدي اهتمامه بما يشذ عن تلك المعايير. فهو يشير مثلا إلى ثقب صغير أو تمزيق في الملابس أو موضع زرار مفقود أو دمية مكسورة باعتبارها ظواهر خارجة على المعايير المألوفة (Kagan , 1981). وكذلك تظهر في مفردات الطفل الكلمات الدالة على المعيارية القائمة، والتقييم بناء عليها مثل «سيئ»، «جيد» «مكسور»، «قذر». ويتحدد تقييم الطفل لشيء معين بأنه «سيئ» بناء على توقعاته لردود أفعال الراشدين حيال هذا الشيء. أي أن تلك الأخطاء والعيوب - التي على أساسها قيم الشيء بأنه سيئ - هي نوع من الخروج على المعتاد الذي سوف يستهجنه الراشدون ويبدون رفضهم له.

وهناك أيضا ما يدل على قدرة الطفل في هذا العمر على تقييم ذاته. فقد وجد «كيغان» (المرجع السابق) أن الأطفال أبدوا في عمر الثانية علامات تدل على اضطرابهم وتوترهم، وذلك عند شرح أحد الراشدين كيفية الأداء في إحدى المهمات الصعبة. وتبدأ تلك العلامات في الظهور في عمر خمسة عشر شهرا، ولكنها لا تصبح شائعة متكررة قبل عمر ثمانية عشر شهرا، وتصل إلى ذروتها في

نحو عمر أربعة وعشرين شهرا. وتم تفسير تلك النتائج على أساس أن زيادة تلك العلامات الدالة على الاضطراب والتوتر في هذا الموقف تسير موازية لما يحدث من زيادة في وعي الطفل بعدم قدرته على أداء تلك المهمة التي يصفها الراشد. فبزيادة عمر الطفل، يزداد وعيه بعدم القدرة على تأدية تلك المهمة الصعبة (وهو ما يعني زيادة قدرته على تقييم ذاته)، وتزداد بالتالي تلك العلامات الدالة على الاضطراب. وثمة دليل آخر على أن لتقييم الذات والوعي بالمعايير السائدة دورا متزايدا في أداء الأطفال في هذا العمر. وهذا الدليل مستمد من ملاحظة ما يبديه معظم الأطفال في هذا العمر من رفض ومقاومة لمساعدة الراشدين لهم وإصرار الطفل على الاستمرار والمحاولة لاستكمال أداء المهمة المعينة بنفسه، ومن دون تدخل من أحد. أضف إلى ذلك ما يبديه الطفل من ابتسام يدل على التمكن والسيطرة عند نجاحه في استكمال مهمة صعبة نسبيا. ويبدأ هذا النوع من الابتسام في الظهور في نحو عمر ثمانية عشر شهرا، ويصل ذروته في نهاية السنة الثانية من العمر، مع ملاحظة أن الطفل يصدر استجابة الابتسام هذه وهو يؤدي المهمة المعينة منفردا، ما يعني أنها ليست موجهة إلى أي شخص آخر.

ومع ذلك، فليس هناك ما يمنع من افتراض أن هذا الابتسام وتلك السعادة البادية على الطفل، ليست راجعة إلى إدراكه أنه حقق إنجازا معينا، مقبولا في ضوء معيار محدد، يعرفه ويسعى إلى العمل في ضوئه. فربما تكون مجرد انعكاس لاستمتاعه بما يمارسه من نشاط أولسعادة بأنه يمارس شيئا ما بنفسه، وهو ما يعني أنه قادر على التأثير فيمن حوله. وكذلك ربما يكون هذا الابتسام والسرور البادي على الطفل سلوكا عابرا لا علاقة له بمفهوم الطفل عن ذاته، خصوصا إذا أخذنا في الاعتبار ما توصلت إليه ستيبك (Stipek, 1995) من أنه لا توجد فروق كبيرة في معدل ابتسام الطفل عند استكماله بنفسه مهمة معينة بنجاح،

وعندما يستكملها معه أحد الراشدين. وهو ما يعني أن هذا الابتسام ما هو إلا تعبير عن السعادة أكثر من كونه انعكاسا لإدراك الطفل لإنجازه الشخصي، وقدرته على الأداء بنجاح وفق المعايير المقبولة المتعارف عليها.

وكذلك وجدت ستيبك أن معظم الأطفال في عمر اثنين وعشرين شهرا يبدأون النظر إلى وجوه الراشدين، ليقرأوا فيها ردود أفعالهم وانطباعاتهم على ما يقومون به من أداء، وما إذا كان يؤدون ذلك بنجاح أم بشكل سيئ. وكذلك يبدي الأطفال في هذا العمر بعض الاستجابات الجسدية، وذلك عندما يفشلون في أداء مهمة ما، أكثرها شيوعا «انكسار العين» .أي تجنب الطفل التواصل بالعين مع من حوله، واتخاذ الطفل وضعا جسميا أقرب للتخشب والانغلاق. وتشير نتائج دراسة لويس وزملائه (Lewis et al., 1992) إلى أن تقييم الذات يتأثر بطبيعة المهمة التي يؤديها الطفل. وهو ما يعني أن استجابات الطفل ترتبط بتوقعاته لنجاحه أو فشله، وليست فقط تعبيرا عن الإحباط وخيبة الأمل، إذ تبين من تلك الدراسة التي أجريت على عينة من الأطفال تراوحت أعمارهم بين ٣٣ و٣٧ شهرا أن بعض الاستجابات الجسدية المعبرة عن الفشل، مثل تجنب النظر إلى الآخر والوضع الجسمي المنغلق والتخشب وتنكيس الرأس والانسحاب من الموقف والتوقف عن الأداء، كانت أكثر تكرارا وقوة عند الفشل في أداء مهمة سهلة، مقارنة بالفشل في أداء مهمة أكثر صعوبة.

إن كلا من الشعور بالفخر Pride والشعور بالخزي Shame هو انفعال يصاحب خبرات النجاح والفشل الشخصي لدى الأطفال الكبار والراشدين. وافترض كثير من الباحثين أن كلا من الخزي والارتباك يبزغ في السنة الثانية من العمر. وتقدم نتائج دراسات التعرف على الذات بصريا دليلا على صحة هذا الافتراض. فقد توصلت دراسة «أمستردام وليفيت» (Amsterdam & Levitt, 1980)

إلى أن الارتباك واستجابات الخجل للصورة المنعكسة في المرآة تبزغ في عمر أربعة عشر شهرا، وأنها توجد لدى ٧٥ في المائة من الأطفال بعد عمر عشرين شهرا. وتوصلت دراسات أخرى إلى نتائج مماثلة (Brooks-Gumm & Lewis , 1984). وثمة دليل على وجود ذات المسار الارتقائي، وذلك على عينة من الأطفال تعرض كل منهم لموقفين تجريبيين: في الأول منهما كان يتم انتزاع الطفل برفق من أمه، وفي الثاني كان يراقصه أحد الباحثين. وتبين أن علامات الارتباك في هذين الموقفين لم تظهر إلا لدى الأطفال الذين أبدوا استجابات تدل على تعرفهم على الذات من خلال صورهم في المرآة (Lewis et al., 1989).

وهناك ما يدل على أن بزوغ الخزي يحدث أيضا في ذات العمر التي يبزغ فيه الارتباك، إذ توصلت بعض الدراسات (Amesterdam & Lewis ,1980) إلى أن بزوغ الخزي يحدث في السنة الثانية من عمر الطفل، وأرجعت ذلك إلى أنه يحدث في هذه السن تحول في بعض السلوكيات الممتعة بالنسبة إلى الطفل، إذ تصبح محلا للرفض والتحريم والتوبيخ من الأم أو من يرعى الطفل، بعد أن كانت لا تلقى ذلك من قبل. وهذا التغير الفجائي من العاطفة الإيجابية للعاطفة السلبية هو الذي يؤدي إلى حدوث الخزي (سوف نعرض لأصول الخزي وأسبابه بالتفصيل في الفصل الخامس). فزيادة فرص الطفل لاستكشاف نفسه، وتلمس معالم البيئة من حوله بسبب ما حدث له من زيادة كبيرة في قدراته الحركية والقدرة على التنقل من مكان إلى آخر، تزيد أيضا من فرص تعامله مع مواقف وأشياء خطيرة ومحظورة، يكون رد فعل الأم عليها الرفض والاستهجان. وكذلك فإن الاستمتاع بالمداعبة الذاتية للأعضاء التناسلية، وهو ما يحدث لمعظم الذكور في عمر ستة شهور ولمعظم الإناث في عمر عشرة شهور، يصبح ممنوعا ومحرما. ومن ثم تصبح تلك

المداعبة نشاطا سريا لدى كلا الجنسين بدءا من عمر ثمانية عشر شهرا (*) وتوصل «سكور» (Schore, 1989) إلى أن الخزي يبزغ في عمر ما بين ١٤ - ١٦ شهرا. ويتفق مع أمستردام وليفت في أنه يحدث بسبب عملية الكف السلوكي المفاجئ للعاطفة الإيجابية، لكنه يقدم تفسيرا مختلفا لتلك العملية يعتمد فيه على ما يحدث من نضج للجهاز العصبي خلال العامين الأولين من عمر الطفل. فهو يرى أن التواصل الأوَّلي بين الأم ورضيعها يقوى ويرسخ من خلال تعبيرات وجه الأم لرضيعها، والتناغم بين تلك التعبيرات وتعبيرات وجه الرضيع. وتؤدي عاطفتها الإيجابية حيال طفلها إلى نوع من الإثارة لديه بسبب ما يحدث من زيادة في مستويات الكاتيكولامينات Catecholamines والأفيونات الطبيعية Opioids، وأن ذلك يؤدي إلى نمو كل من منطقة ما فوق الجبهة في القشرة المخية ومناطق جذع المخ. لكن دور الأم يتعرض لعدد من التغيرات خلال السنة الثانية من عمر طفلها، حيث يتغير من موقف الدعم والتأييد والمساندة والقبول لطفلها على طول الخط، إلى موقف أكثر تحكما وتوجيها ونقدا. وعلى سبيل المثال، فعدم ترحيب الأم واستهجانها لمداعبة الطفل لأعضائه الجنسية، يظهر في تعبيرات وجهها، وينتقل ذلك إلى الطفل، ويؤدي إلى حالة من عدم التناغم بينهما يترتب عليها هذا الضياع أو الافتقاد الفجائي وغير المتوقع للعاطفة الإيجابية لدى الطفل. وأشار سكور إلى أن نشاط الجهاز العصبي الباراسمبثاوي يؤثر في خبرة الخزي هذه، لأنه يكف حالة الإثارة التي كانت موجودة لدى الطفل، ويخفض معدل نشاط قلبه. وافترض أن ذلك يقتضي نشاطا من المنطقة الجبهية في قشرة المخ، لكن تلك المنطقة لا تكون مؤهلة لذلك إلا في السنة الثانية

(*) تشير هذه النتيجة إلى توجه التحليل النفسي في فهم وتفسير الشخصية الإنسانية، وتركيز منظوره على الدلالات الجنسية المبكرة في ارتقاء الشخصية، والذي واجهته انتقادات عديدة من قبل المنظرين الآخرين لعدم تحقق مثل هذه الافتراضات إمبريقيا في العديد من الدراسات [المترجم].

من عمر الطفل. ومعنى ذلك أن تلك النظرية تفترض أن بزوغ الخزي وتكوينه هو محصلة للتفاعل بين ممارسات التنشئة الاجتماعية ونضج المخ والجهاز العصبي المركزي.

الوعي بوجهات نظر الآخرين Awareness of other perspectives

ليس واضحا تماما ما إذا كانت تلك المظاهر الارتقائية المتعلقة بالوعي بالذات، والتي ذكرناها في الفقرات السابقة، كافية بذاتها في إحداث ذلك الشعور المؤلم للذات، والذي ينتاب الفرد في حالات الخجل والارتباك والخزي. فقد افترض بعض الباحثين أن هذا الشعور يستلزم أن يصل الطفل إلى مستوى ارتقائي يؤهله ليصبح قادرا على إدراك أن هناك منظورا Perspective أو مناظير أخرى للأشياء يختلف عن منظوره الخاص، ولا يكفي مجرد أن يدرك الطفل أنه يجب أن يسلك ويؤدي نشاطاته وفقا لمعيار متعارف عليه، بل لابد أن يكون - بالإضافة إلى ذلك - قادرا على أن يرى نفسه بعيون الآخرين. وعلى سبيل المثال، كتب تانجني وزملاؤه (Tangney et al., 1996, P.257) يقولون: «في الخزي تكون الذات فاعلا ومفعولا به في الوقت نفسه، وتكون ملاحِظا وموضعا لملاحظة الآخرين واستهجانهم في ذات الوقت. ومن ثم فإن أي نواقص في الذات المعيبة تكون معروفة ومكشوفة للفرد (صاحب تلك الذات) قبل أن تكون ظاهرة واضحة لملاحظ آخر، سواء أكان هذا الملاحظ شخصا خارجيا، أو آخر مستدخلا داخل الفرد». وفي تفسيرهما للارتباك يفرق سيمن ومانستيد (Semin & Manstead) بين صورة الذات self-image وصورة الذات العامة Subjective public image، والتي تعني إدراك الفرد لصورته لدى الآخرين. ويفترض الباحثان أن أي استجابة انفعالية تشير إلى ارتباك الفرد، إنما تحدث بسبب وعيه بوجود تباين بين الصورتين، وعادة ما يحدث هذا الوعي بسبب اعتقاد الفرد بأن هناك عوامل وأسبابا ظالمة وغير منصفة تنعكس بالسلب على صورته الذاتية العامة، وهو ما يقلل من شأنها لدى الآخرين. ويتسم

التفكير المتضمن في هذا النمط من الوعي بالذات بالتعقيد. ومن ثم يتطلب أن يكون الطفل في مستوى ارتقائي معرفي معين، لا يمكن أن يوجد لدى طفل الثانية من العمر. ويتسق مع هذا التصور ما تشير إليه ستيبك (Stipek, 1995, p. 249) بخصوص العمليات المتضمنة في تقييم الطفل لذاته، إذ تشير إلى أن هذا التقييم يتم عبر عدد من المراحل، تبدأ بما يبديه الرضيع من سرور بقدرته على إحداث تغيير ما في بيئته، ثم نظر الطفل إلى الراشد ليقرأ في وجهه ردود أفعاله على أدائه وسلوكه، ثم استدخاله لمعايير الراشدين، وأخيرا تأثير تلك المعايير في الطفل وأدائه في غياب الراشد.

وناقش لويس (Lewis, 1995) هذه القضية مميزا بين نوعين من الانفعالات، الأول هو الانفعالات الظاهرة Exposed emotions، وهي تلك التي تعتمد على نوع من الشعور بالذات يمكن رؤيته في ردود الفعل الانفعالية لطفل الثانية من العمرعند رؤيته صورته في المرآة. والثاني هو الانفعالات التقييمية للشعور بالذات Self-conscious evaluative emotion، وهي تبدأ في الظهور في السنة الثالثة من عمر الطفل. والارتباك مثال للمواقف أو الظواهر التي يحدث فيها كلا النوعين من الانفعالات، حيث يميز لويس بين نمطين للارتباك، الأول (المرجع السابق، ص ٢١١) وثيق الصلة بالخجل، ويتطلب فقط الشعور بالذات، ويمكن أن يحدث في أي موقف يكون الفرد فيه محور انتباه الآخرين واهتمامهم، حتى لو كان موقفا إيجابيا بالنسبة إلى الفرد (يتم تكريمه في احتفال مثلا)، ولذا فهو لا يرتبط بتقييم الآخرين للذات سلبيا. أما النمط الثاني، فيتضمن بشكل أساسي تقييما ذاتيا من الفرد لسلوكه في ضوء المعايير المتعارف عليها، وهو وثيق الصلة بانفعال الخجل. ووفقا لهذا التصور، فإن العلامات والأشكال المبكرة للخجل أو الارتباك، تختلف عن تلك التي تظهر في مراحل عمرية تالية، ويتمثل هذا الفارق في أن الأشكال التي تظهر متأخرة تتطلب من الطفل مقتضيات معرفية مهمة وجوهرية، إذ تقتضي أن يكون الطفل قادرا على إدراك أن سلوكه وأفعاله أصبحا موضع تقييم

الآخـرين. فـلا يكفي أن يكون الطفل قـادرا على إدراك أن ثمـة مـعـاييـر للسلوك وضعهـا الآخرون، بل المهم لكي يحـدث الخجل أو الارتبـاك لدى الطفل أن يدرك أنه فشل في الأداء وفق تلك المعـاييـر، وأن أناسـا آخـرين يدركون فشله هذا. وبمعنى آخر، يجب أن يكون الطفل قادرا على أن ينظر إلى سلوكه الشخصي ويقيمه من منظور الآخر.

بدء الابتسـامـة، حـيث جـانب الـوجـه (الخد) مرفوع لأعلى.

يحـدق الرضـيع فى صـورته قـاصـدا ذلك، حيث العينان مفتوحتان والحاجبان مرتفعان.

ابتسامة أعرض، ويتحول الرضيع برأسه وعـينيـه أكثـر وأكثـر لينظر بعـيـدا عن صورته فى المرآة.

ابتسـامـة عـريضـة، لكنه يتـحـول بـرأسـه وعينيه.

الشكل (٤ - ١): مثال لابتسام الرضيع وتحديقه في صورته في المرآة.
(الصور الأربع لرضيع يبلغ من العمر أحد عشر أسبوعا وستة أيام تحمله أمه، ويتفاعل مع صورته في المرآة)

يمكن استثارة ابتسامة الخجل أو الارتباك لدى الرضيع في عمر شهرين من خلال مداعبة راشد مألوف له، أو عندما يرى صورته في المرآة. وعادة ما يصاحب تلك الابتسامة نمط من التحديق يتضمن النقيضين: النظر والنأي بالنظر. ويحدث النظر عند بدء الابتسامة، في حين يحدث النأي بالنظر عندما تبلغ الابتسامة ذروتها أو أقصى اتساع لها (Reddy, 2000).

ولن يكون الطفل قادرا علي ذلك، إلا إذا كان واعيا بأن للآخرين وجهات نظر تختلف عن وجهة نظره. ويبدأ ذلك في الظهور في السنة الثالثة من عمره. وقد بُحثت تلك القضية في ضوء ما يسمى دراسات في «نظرية العقل» Theory of mind، التي تتم وفقا لنموذج الاعتقاد الخاطئ False belief Paradigm (Wimmer & Perner, 1983). وتتم التجربة وفقا لهذا النموذج على النحو التالي: ينظر الطفل إلى دمية متحركة (ليكن اسمها «س») في يدها قطعة من الشيكولاتة، وتخفيها في مكان ما على مرأى من الطفل، ثم تنصرف. وبعد ذلك تأتي دمية أخرى كبيرة (أم الدمية الصغيرة) وتأخذ قطعة الشيكولاتة لتضعها في مكان آخر وتنصرف، وبعد ذلك يوجه إلى الطفل السؤال التالي: عندما تعود «س» فأين يجب أن تبحث عن قطعة الشيكولاتة، هل في المكان الذي وضعتها هي فيه، أم في المكان الذي توجد فيه حاليا؟ وتبين أن أطفال الثالثة من العمر، يجيبون عن هذا السؤال بأن «س» سوف تبحث عن قطعة الشيكولاتة في مكانها الجديد، بينما أجاب معظم أطفال الخامسة بأن«س» سوف تبحث عن الشيكولاتة في المكان الذي وضعتها هي فيه، وذلك لأنها تعتقد أن قطعة الشيكولاتة هناك. إن الطفل عندما يجيب إجابة صحيحة عن هذا السؤال، فإن ذلك يعني أنه مدرك أن «س» سوف تسلك - عندما تعود - وفقا لما تعتقده هي، على الرغم من إدراك الطفل أن اعتقاد «س» لم يعد متوافقا مع

الموقف وما حدث فيه من تغيير. إن القدرة على التفكير بهذا الشكل، تمثل خطوة بالغة الأهمية في نمو الفهم الاجتماعي للطفل، وذات صلة وثيقة بارتقاء الخجل لديه.

والتساؤل الآن: هل تلك القدرة كافية ليَخبُر الطفل خجل الشعور بالذات، ذلك الذي تكون فيه ذات الطفل في بؤرة انتباهه واهتمامه؟ فإذا كان حدوث هذا النوع من الخجل، يستلزم أن يكون الطفل قادرا على اتخاذ منظور الآخر، فإن الطفل الذي يجيب إجابة صحيحة عن السؤال في مثالنا السابق، يكون واعيا بأنه موضوع لأفكار الآخرين، وأن الآخر يمكن أن تكون لديه معتقدات، واتجاهات عنه (أي عن الطفل) تختلف عن معتقداته واتجاهاته هو نحو ذاته. وبالتالي فمن الممكن حدوث هذا النوع من الخجل لدى الطفل منذ الخامسة أو السادسة من عمره. أما بخصوص الخزي، فيشير الباحثون إلى ضرورة توافر عملية ارتقائية أخرى أعلى مستوى. فلكي يشعر الشخص بالخزي، فيجب أن يكون قادرا على النظر إلى ذاته من منظور أعلى مستوى Higher order perspective، أي منظور من الدرجة الثانية. فالرجل الذي يدرك أن هناك من يلاحظه، وهو يفتش في حقيبة إحدى السيدات في غيابها، سوف يشعر بالخزي لأنه قادر على تخيل كيف يمكن للآخر - الذي يشاهده - إدراك وتفسير وتقييم سلوكه هذا، على الرغم من أن القائم بالتفتيش لا يشارك الآخر هذا التقييم، بل ربما تكون لديه مبرراته القانونية والشرعية لإجراء هذا التفتيش. ومع ذلك فسوف يشعر بالخزي. وليس من الأساس في الشعور بالخزي أن يكون هناك شخص آخر بالفعل يراه وهو يفتش الحقيبة، وكذلك ليس من الضروري أن يكون الاستنتاج أو التأويل الذي توصل إليه من يفتش الحقيبة تأويلا منسوبا إلى شخص بعينه. فهذا الشخص الذي يفتش حقيبة السيدة وصل إلى هذا الاستنتاج (ماذا سيقول أويعتقد من يراني وأنا أفعل ذلك؟) في ضوء فهمه الخاص لمتضمنات ودلائل سلوكه هذا، وهو ما يعني أنه ليس شرطا في الشعور بالخزي أن يعتقد المرء أن

هناك شخصا محددا يفكر فيه بشكل غير ملائم أو يسيء الظن بما يفعله، ذلك لأن من يشعر بالخزي يتبنى منظورا من درجة أعلى هو منظور «الآخر العام» Generalized other. ويعني هذا أنه لكي يحدث الخزي، لا بد من أن يكون الفرد قادرا على القيام بعملية تآزر بين عدد من المناظير المختلفة. وأحيانا ما يتبنى الفرد عند تقييمه للمواقف والأحداث منظورا أكثر تعقيدا من الدرجة الثالثة Third-order perspective. ويحدث ذلك عندما يرى نفسه، ويرى المشاركين الآخرين في الموقف من منظور طرف ثالث مستقل عنه وعن الآخرين. وعادة ما نقوم بذلك في مواقف الإدراك المتأخر Hindsight، أي عندما نعيد تدبر موقف ما بعد وقوعه بالفعل، ونقيم تصرفنا في هذا الموقف. وعلى سبيل المثال عندما تعيد التفكير فيما حدث لك من خجل عند أول مقابلة مع طرف من الجنس الآخر، أو عندما أسأت فهم تصرفات شخص ما، فأنت هنا كأنك مجرد شخص في رواية تتضمن العديد من الشخصيات، وأنت الذي كتبتها. وأشار «سيلمان» (Selman, 1980) إلى أن القدرة الخاصة بتبني منظور من الدرجة الثالثة لا تبدأ في الظهور إلا متأخرا بعد انتهاء سنوات الطفولة المبكرة والتحاق الطفل بالمدرسة، في السابعة أو الثامنة من العمر.

أما الخجل، فربما لا يتطلب هذا المستوى المرتفع من اتخاذ المنظور. فالملابسات التي تؤدي إلى الخجل تختلف عن تلك التي تؤدي إلى الخزي، في أن الأولى تتضمن أحكاما مناوئة وغير مريحة للذات، وتكون تلك الأحكام متعلقة بأشخاص بعينهم، ويكون هؤلاء الأشخاص موجودين بالفعل في الموقف. وعلى سبيل المثال، فالسيدتان «س» و«ص» مشغولتان مسبقا ومستغرقتان فيما يمكن أن تخلقاه لدى الآخرين من انطباعات سيئة عنهما. فالسيدة «س» تعتقد أنها سوف تفشل في أن تكون متألقة في الحفل المخصص لها كما يتوقع الآخرون ذلك منها، وأنها لن تحسن الإجابة عما سوف يوجه إليها من أسئلة، ولن تحسن تبادل أطراف الحديث مع الحاضرين، وأنها سوف تكون دائما محط

أنظار الجميع طوال الحفل. أما السيدة «ص»، فتشعر بأنه لا يوجد لديها ما تقوله، ويكون محل اهتمام الآخرين. فهذا النمط من التفكير حول تقييم الذات الذي يرتبط بالخجل، يمكن للفرد أن يمارسه ويفكر به قبل أن يصبح قادرا على التفكير، متبنيا منظورا من الدرجة الثالثة.

ومع كل ذلك، فنحن لا نعرف إلا القليل عن عملية اتخاذ المنظور، وبخاصة تلك العمليات التي يدرك الطفل من خلالها أن للآخرين مناظيرهم، ووجهات نظرهم حيال شخصيته وأفعاله، وكيف يستدخل الطفل هذا المنظور للآخر. فالأطفال يكتسبون خبرات واسعة عن اتجاهات الراشدين نحوهم، وما يقبلونه أوما يرفضونه منهم، والقيمة الاجتماعية لما يحققونه أو يقومون به. وعلى سبيل المثال، ففي تدريب الطفل على مهارات قضاء الحاجة (التواليت)، فإن الوالدين وكل من يرعى الطفل لا يكتفون فقط بإخباره بما يجب عليه أن يفعله (لن أكرر لك هذا الكلام مرة أخرى، فقد قلته لك أكثر من مرة)، بل يخبرونه أيضا بما سوف يظنه الآخرون به ويعتقدون عنه، إذا لم يفعل هذا السلوك المعين الذي يتوقعونه منه (ماذا سيقول الآخرون عنك إذا لم تكن قادرا على إخبارهم بأنك تريد الذهاب إلى التواليت؟، أو ماذا سيقولون عنك إذا بللت فراشك؟). فالأطفال لا يتعلمون فقط التمييز بين السلوك المقبول وغير المقبول، بل يتعلمون مع ذلك ماذا سيقول – أو يفكر – الآخرون عن الفرد، سواء عند قيامه بالسلوك المقبول أو غير المقبول. أضف إلى ذلك أن إدراك الطفل أن هناك آخر يقيمه ويقيم أفعاله يؤثر بقوة في تصوره لنفسه ونظرته لذاته.

بعض المظاهر الارتقائية خلال سنوات الطفولة

تستمر صورة الذات في التغيير خلال سنوات الطفولة. كذلك تشهد هذه المرحلة تغييرات شديدة وسريعة في العالم الاجتماعي للطفل. وتؤدي تفاعلات الطفل مع الراشدين ومع غيره من الأطفال خارج نطاق أسرته وبعيدا عن إشرافها المباشر إلى اتساع بيئته

الاجتماعية. وكذلك فإن لخبرة الالتحاق بالمدرسة أهميتها القصوى، فالانتقال من البيت إلى المدرسة والتعايش مع عدد كبير من الغرباء، يزيد من فرص الطفل التي تتيح له تقييم كفاءته وقدراته في عدد كبير من المهام غير المألوفة. فالطفل يوضع موضع المقارنة مع أقرانه، أو مع المعايير التي يضعها المدرس للأداء. ونسبة كبيرة من العائد الذي يقدمه المدرس للطفل تكون سلبية. ولا تنحصر المقارنات في المجال الدراسي الأكاديمي فقط. فقد حدد «هارتر» (Harter, 1990) خمسة مجالات مختلفة يوضع الطفل فيها موضع المقارنة خلال سنوات طفولته المبكرة هي: الجدارة الدراسية، والجدارة الرياضية، والقبول الاجتماعي، والمظهر الخارجي، وتصرفاته السلوكية.

ويصاحب تلك التغييرات فيما هو مطلوب من الطفل، وفي الظروف والفرص التي يتيحها له عالمه الاجتماعي كثير من مظاهر الارتقاء الكبرى في تفكير الطفل في نفسه وتصوره لذاته. فأولا يميل الطفل إلى التفكير في نفسه في ضوء ما يتسم به من صفات وخصائص نفسية، لا في ضوء عمره أو جنسه أو خصائصه الجسدية. وينمو هذا التوجه بزيادة عمر الطفل. ويبدو ذلك واضحا في استجابات الأطفال على بعض الاختبارات التي يطلب من الطفل فيها أن يصف ذاته، مثل «تحدث عن نفسك»، أو قل لنا «من أنت». وثانيا، بزيادة عمر الطفل ينمو استخدامه للمفردات اللغوية المعبرة عن سمات الشخصية، سواء عند وصفه لنفسه أو وصفه للآخرين. وتبين أن أطفال الرابعة من العمر يستجيبون بشكل ثابت ومتسق لمقياس عن تقدير الذات Self-esteem، وهو ما يعني أن لديهم تصورا ثابتا ومتسقا عن أنفسهم قائما على أساس ما لديهم من سمات شخصية (Harter, 1990).

وكذلك يبدأ الطفل في تبني عدد متنوع من التفسيرات لأدائه، فهو يستطيع أن يرجع نجاحه أو فشله إلى قدرته الذاتية أو إلى ما بذله من مجهود، أو إلى عوامل خارجية مثل صعوبة المهمة. ويدرك الطفل أن لتلك القدرة التي تتعلق بتعدد وتنوع تفسيرات الأداء قيمتها الكبرى لدى

مدرسيه، وأن أقرانه يعتبرونها ميزة أو خاصية إيجابية. أضف إلى ذلك، أنه يدرك مغزى ودلالات تفسير نتائج سلوكه في ضوء قدرته ومجهوده على تصوره لذاته. فهو يعرف أن النجاح الذي يحدث على الرغم من قلة المجهود المبذول، يعني وجود قدرات مرتفعة، بينما يعني الفشل الذي يحدث بعد مجهود كبير، وجود قدرات منخفضة. وبحثت «كارول دويك» Carol Dweck وزملاؤها (Mueller & Dweck, 1998) مترتبات اعتناق الأطفال فكرة تفسير سلوكهم ونجاحهم وفشلهم في ضوء ما لديهم من سمات على اتجاهاتهم وأدائهم. وتبين أن هناك فروقا فردية في ميل الأطفال إلى تبني التفسيرات القائمة على أساس السمة. فقد اعتبر بعض الأطفال أن القدرة هي خاصية شخصية ثابتة لا تتغير، ولهذا فإن الطفل يميل إلى التعامل مع مختلف المهام في ضوء تقييمه وحكمه على مدى كفاية قدراته وملاءمتها للمهمة المعنية، ويتجنب المهام التي يقيمها على أنها صعبة، والتي سوف تبدي للآخرين عجزه وفشله. أما البعض الآخر، فيعتقد أن القدرة خاصية يمكن تنميتها وتطويرها، ولهذا فلا يميل الطفل إلى تجنب أي مهمة والهروب منها، بل يدرك المهمة ويتعامل معها في ضوء ما تستثيره فيه من تحد، ويميل إلى المثابرة والمحاولة المستمرة في التعامل معها حتى لو كان الفشل هو النتيجة النهائية لتلك المحاولات.

إن هذا التفاعل بين المتطلبات البيئية وإدراك الطفل لكيف سيقيمه والداه ومدرسوه وأقرانه، وميله إلى التفكير في نفسه في ضوء ما لديه من سمات، هو ما سوف يكوّن الطفل على أساسه صورته عن نفسه بوصفه عضوا فاعلا ومؤثرا في بيئته الاجتماعية. فعلى أساس ذلك يرى نفسه إما أنه طفل محبوب أو غير محبوب، معروف ومطلوب أو منبوذ وغير مرغوب فيه، واثق بنفسه اجتماعيا أم تعوزه تلك الثقة. ولهذا فإن الفروق الفردية في الخجل تبزغ في سنوات الطفولة وترتبط بتقدير الذات. فقد تبين أن الارتباط الجوهري بين مقاييس الخجل ومقاييس تقدير الذات الذي يوجد لدى الراشدين، يوجد أيضا لدى أطفال الرابعة

من العمر (Kemple, 1995). وفي دراسة على عينة من الأطفال الأمريكيين في الفصول الدراسية من الرابع إلى السادس، ممن يطلق عليهم أقرانهم أنهم خجولون، تبين أن تقديرهم للذات أقل من الأطفال الذين لا يطلق عليهم أقرانهم تلك الصفة (Hymel et al., 1993). وكذلك خلص «كروزير» (Crozier, 1995). من دراسته لعينة من الأطفال تراوحت أعمارهم بين ٩ و١٢ سنة إلى أن الخجل مقيسا بأسلوب التقدير الذاتي ارتبط جوهريا بأربعة مقاييس فرعية من المقاييس الفرعية الخمسة التي يشملها مقياس «هارتر» لتقدير الذات، والاستثناء كان لمقياس التصرف السلوكي للطفل.

وأشارت كذلك الدراسات التي اهتمت بدراسة مفاهيم الأطفال وتصوراتهم عن الخجل، إلى وجود علاقة قوية بين الخجل وتقييم الذات. فمن خلال المقابلات الفردية سأل كروزير وبورنهام (Crozier & Burnham, 1990) عينة من الأطفال عن معنى الخجل. وأشارت النتائج إلى وجود فروق عمرية ارتقائية في إدراكهم لذلك، حيث ربط الأطفال الأصغر عمرا بين الخجل ولقاء أشخاص غرباء أو غير مألوفين، في حين ربط الأطفال الأكبر عمرا بينه وبين كون الفرد موضعا لتقييم الآخرين. وأشار كذلك هؤلاء الأطفال الأكبر عمرا إلى العلاقة القوية بين الخجل والارتباك. أما «يونغر» Younger وزملاؤه، فقد استخدموا مهمتين لدراسة ارتقاء مفهوم الأطفال وتصورهم لمعنى السلوك الانسحابي. وكان المطلوب من الأطفال في المهمة الأولى أن يذكروا أسبابهم ومبرراتهم عندما يطلقون على زميل لهم في الفصل الدراسي صفة «انسحابي». وصُنفت إجابات الأطفال في فئتين: فإما أنها تؤكد خجل الطفل (هو انسحابي لأنه خجول) أو لكونه مرفوضا منبوذا من الآخرين. وتبين أن الأطفال الصغار (في الصف الدراسي الأول) كانوا قادرين على التمييز الدقيق بين سببي الانسحاب (Younger & Daniels, 1992). أما في الدراسة الأخرى التي استخدمت فيها مهام للتذكر (Younger & Piccinin, 1989)، فتبين أنه

بزيادة عمر الطفل تنمو قدرته على تذكر أوصاف وخصائص السلوك الانسحابي، سواء جرى قياس هذا التذكر عن طريق التعرف Recognition أو عن طريق الاستدعاء Recall (*).

وتتميز مرحلة المراهقة على وجه الخصوص، بزيادة كبيرة في الشعور بالذات. وقُدمت لذلك تفسيرات نظرية متعددة أهمها نظرية «إريكسون» (Erkson, 1968) في ارتقاء الشخصية، التي تفترض أن المراهقة هي مرحلة فاصلة بالغة الأهمية في تكوين وعي الفرد بكيانه وبذاته. ويقدم «ريمير» (Reimar, 1996) عرضا تقييميا للنظريات المفسرة لنمو الشعور بالذات في مرحلة المراهقة على وجه الخصوص. ونكتفي هنا بعرض الخطوط العامة لنتائج الدراسات الإمبريقية التي توضح ذلك النمو في الشعور بالذات. فقد أجرى سيمونز وزملاؤه (Simmons et al., 1973) مقابلات مع نحو ٢٠٠٠ طفل ومراهق، تراوحت أعمارهم بين ١٠ و١٨ سنة، وتضمنت جلسة المقابلة لكل مراهق مقاييس للتقرير الذاتي تقيس الشعور بالذات وتقدير الذات وثبات الذات (البند النموذجي لقياس الشعور بالذات هو ذلك الذي يتعلق بما ينتاب الفرد من عصبية وتوتر إذا طلب منه الكلام أمام جميع زملائه في الفصل الدراسي). وكشف الأفراد فيما بين عمر ١٢ و١٤ سنة عن شعور مرتفع بالذات، وانخفاض في تقدير الذات، وصورة عن الذات أقل تبلورا وثباتا ودواما. وكذلك كانوا أكثر الأفراد ميلا إلى الاعتقاد أن لدى آبائهم ومدرسيهم وأقرانهم صورة سلبية أو وجهة نظر سيئة عنهم. وأشارت النتائج أيضا إلى أن الدرجات على مقياس الشعور بالذات لدى الأطفال فيما بين ٨ و٩ سنوات كانت منخفضة

(*) التعرف والاستدعاء طريقتان من طرق قياس التذكر للمادة المخزنة في الذاكرة، والتي سبق أن تعلمها الفرد. والاستدعاء يعني القدرة على استحضار المعلومات المطلوبة من الذاكرة، سواء بترتيب معين يُطلب من الشخص، أو استدعاء حر بأي ترتيب (مثال ذلك الأسئلة المقالية التي تقوم على السرد)، أما التعرف فهو اختيار الإجابة المطلوبة من بين عدد من البدائل المتاحة (مثال ذلك الأسئلة الموضوعية التي يتم فيها الاختيار من متعدد). وعلى ذلك يكون التعرف أسهل من الاستدعاء [المترجم].

جدا وقريبة من الصفر، ولكنها تزداد بشكل كبير خلال الفترة من ٩ - ١٤ سنة، وعندها تتوقف عن الزيادة، حيث تكشف بعد ذلك عن درجة من الاستقرار النسبي.

وإذا كانت تلك النتائج توحي بأهمية متغير البلوغ أو النضج الجنسي وأثره الشديد في صورة الذات، فهناك على الجانب الآخر ما يؤكد أن صورة الذات تتأثر أيضا بالبيئة الاجتماعية للطفل وللمراهق، وبخاصة عامل الوضع الدراسي. فقد تبين أن أطفال الثانية عشرة من العمر من الملتحقين بمدرسة ابتدائية كانوا أعلى في الشعور بالذات من الأطفال في العمر نفسه، ولكنهم انتقلوا إلى المدرسة العليا، حيث حصل ٤٣ في المائة ممن في المدرسة الابتدائية على درجات مرتفعة في الشعور بالذات، في حين أن نسبة من حصل على تلك الدرجات من أقرانهم في المدرسة العليا كانت ٢٧ في المائة فقط. ومع ذلك، فلا يوجد فرق بين المجموعتين في تقدير الذات. وكذلك خلص سيمونز وزملاؤه (المرجع السابق) إلى عدم وجود فروق في صورة الذات بين أفراد عينة من تلاميذ المدارس. وتوصلت دراسات أخرى (Crozier et al., 1999) إلى أن تقدير الذات يرتفع لدى الأطفال بانتقالهم من المدرسة الابتدائية Junior school إلى المدرسة العليا High school.

وقدم تايسي وزملاؤه (Tice et al., 1995) دليلا إمبريقيا على الزيادة في الشعور بالذات، وذلك في دراستهم على عينة شملت أفرادا تتراوح أعمارهم بين ٧ و٣٥ سنة، شاركوا في ألعاب الحاسوب. في إحدى الألعاب لوحظ كل فرد وهو يلعب على الحاسوب، ولكن من بعيد وبشكل غير متطفل. وفي لعبة أخرى كان الباحث يجلس خلف الفرد مباشرة، مشاهدا أداءه عن قرب. وتبين أن أداء الأطفال فيما بين ٧ و١٢ سنة يتحسن عندما يكونون تحت الملاحظة المباشرة (في اللعبة الثانية)، بينما يسوء أداء الأفراد البالغ عمرهم أكثر من أربع عشرة سنة في هذا الموقف. وتبين

كذلك أن أسوأ أداء في الحالتين كان للأفراد الذين تراوحت أعمارهم بين ١٤ و١٩ سنة، مقارنة بأداء من هم أصغر من ذلك أو من هم أكبر من ذلك.

ملخص الفصل

ثمة زيادة كبيرة ومتسارعة في قدرة الطفل على الوعي بالذات وتقييمها، تبدأ منذ السنة الثانية من عمره. فهو يصبح على وعي بمعايير السلوك التي يتوقعها الآخرون منه، ويبدأ في تمثل هذه المعايير والسلوك في ضوئها. وقد عرضنا بعض الأدلة على أن القائمين على رعاية الطفل صغيرا هم المحددون لسلوكه الاجتماعي، وأنهم يستجيبون له بطرق متعددة، ويختلفون في اتجاهاتهم بشأن كيفية ارتقاء جدارة الطفل الاجتماعية. وتشكل تلك العوامل المتفاعلة الأساس الذي يقيم الطفل سلوكه في إطارها، وفي ضوء ما تمثله من معايير السلوك الملائم اجتماعيا، والتي تعلمها من استجابات من يتولون أمره. وبالتالي يبدأ الطفل في تكوين معتقداته عن فاعلية ذاته ككيان فاعل ومؤثر في بيئته الاجتماعية، التي سوف تحدد وتشكل توقعاته عن كفاءته في مواقف التفاعل الاجتماعي.

ويمكن تفسير تلك العملية باعتبارها تفاعلا ديناميا بين عدد من العوامل. فملاحظة الآخرين لسلوك الطفل، وتأثير الطفل الظاهر في الآخرين واستجاباته لهم، تشكل معا توقعاته عن كفاءته الاجتماعية. ويعتمد الطفل على تلك التوقعات حينما يختار النشاط الاجتماعي الذي يشارك فيه، أو ينضم إلى الجماعة التي تمارسه. وكذلك فإن معتقدات الطفل عن فاعلية ذاته تؤثر في نوعية ما سوف يصدره من سلوك. وعلى سبيل المثال، ما إذا كان سيتبنى أنماط السلوك الحذر أو الاحتراسي والدفاعي، أم لا. وتبني الطفل لتلك الأنماط السلوكية يؤدي به إلى الفشل والاضطراب الاجتماعي. وتؤثر خبرات الطفل من المواقف المختلفة ونتائج تلك المواقف، سواء بالنجاح أو بالفشل، في

معتقداته حول ذاته. ويؤدي تقييم الذات دورا محوريّا في هذه العملية. وكذلك للفروق الفردية في تقييم الذات دورها الأساسي فيما إذا كان الطفل سوف يضع لنفسه توقعات تقوده إلى الخجل، أم توقعات أخرى بديلة تؤدي به إلى مزيد من الثقة بالنفس في المواقف الاجتماعية.

وربما يكون لدى الفرد ما يجعله متحيزا فيما يضعه لنفسه من توقعات، وما يحكم به على سلوكه وأدائه من معايير. ويحدث هذا التحيز إما بسبب المزاج وإما بسبب علاقة الفرد المبكرة بوالديه (أو من تولى رعايته)، أو بسبب التفاعل بين المزاج وتلك العلاقات المبكرة. وتمدنا الدراسات بدلائل قوية على أن الخجل في الطفولة يرجع إلى درجة كبيرة لما يتسم به الطفل من مزاج مكفوف. ومع ذلك، فلايزال هناك ما يجب أن نقوله ونعرض له قبل أن يكون بإمكاننا وضع تصور واضح عن ارتقاء الخجل من الرضاعة إلى الرشد.

5

الخجل والارتباك

ليس الخـــجل هـو الشكل الوحـــيـــد للانزعـــاج وعـــدم الـراحـــة فـي المواقف الاجتماعية، فالارتباك Embarrassment، وهو محور اهتمامنا في هذا الفصل، واحد من أكثر ردود الأفعال شيوعا لدى الأفراد عند مواجهتهم صعوبات اجتماعية. وهناك العـديد من الأسـبـاب التي تجعلنا نهتم بالارتبـــاك في هـذا الكتـــاب الـذي يعنى بالخجل. فأولا يبدو أن التمييز بين خبرتي الخجل والارتباك أمر بالغ الصعوبة لدى كثير من الناس، بل ربما يعتقد كثيرون أنه لا توجد - في الأساس - أي فروق بينهما. وعلى سبيل المثال، يكون معظم الناس في حـــالة شـــعـــور بالذات Self-conscious عندما يستبدلون ملابسهم أمام الآخرين، فـهل هؤلاء خـجـولون أم مـرتبكون؟ وهل الخـجل والارتبـاك مـا همـا إلا مـجـرد مفردتين مختلفتين لوصف حالة نفسية

«من الممكن أن ينتـشـر الارتباك كالعدوى، ليشمل مـعظم الموجـودين في موقف اجتماعي ما، نتيجة لارتبـاك فـرد واحـد من أطراف هذا الموقف»

المؤلف

واحـــدة؟ وإذا كـانـــت كل كلمـــة منهـمــا تشـيــر إلــى حـالة نفـسـيـة محددة تختلف عن الأخرى، فما أهم الفروق بينهما، وكيف يمكننا التمييز بينهما؟

وثانيا، فقد مثَّل التساؤل حول طبيعة العلاقة بين الخجل والارتباك تحديا كبيرا لكثير من النظريات النفسية، الأمر الذي أدى إلى تعدد وجهات النظر في هذا الشأن. فقد قدمت بعض النظريات المهمة في مجال القلق الاجتماعي تفسيرات يمكن أن تنطبق على كل من الخجل والارتباك، وتفيد كثيرا في فهمنا وتفسيرنا لكل منهما. وعلى سبيل المثال، تلك التفسيرات التي قدمتها نظرية «بص» (Buss, 1980)، ونظرية شلينكر وليري (Schlenker & Leary 1982). وعلى الجانب الآخر، لم تبد بعض نظريات الخجل إلا قدرا قليلا من الاهتمام بالارتباك، ومنها على سبيل المثال تلك النظريات التي تُرجع الخجل إلى المزاج، وتؤكد الخوف من غير المألوف، والقلق عند التفاعل مع الغرباء. أما نظريات السمة، فركزت على الخجل فقط، ولم تبد اهتماما يذكر بتحديد أو قياس أي شيء يتعلق بالارتباك.

منظوران للارتباك

يوجد بشكل عام منظوران أساسيان لتحليل الارتباك: الأول هو المنظور الاجتماعي Sociological perspective، ووحدة التحليل الأساسية وفق هذا المنظور هي موقف التفاعل ككل بما يتضمنه من أطراف عديدة متفاعلة. ويُعتبر الارتباك نوعا من «تعطيل وإعاقة» Disruption بدء التفاعل السلس واستمراره. فالارتباك هو عائق يقف في سبيل تدفق التفاعل الاجتماعي واستمراره بشكل طبيعي ومتناغم. والأحداث المعيقة المُربكة هي أمر عادي في أي تفاعل اجتماعي، بل جزء أصيل من موقف التفاعل، ولها أسبابها ودواعيها. ولكن المهم وجود الدافع والرغبة لدى طرفي - أو أطراف - التفاعل الاجتماعي في استمراره، وألا يكون توقف هذا التفاعل، أو هروب أطرافه من

المواقف هو اختيارهم المفضل. ويعني هذا أن الارتباك يلزم طرفي - أو أطراف - التفاعل بالقيام بسلوك ما للتغلب على الصعوبات القائمة، ليستمر التفاعل قائما بلا توقف، أو التغلب على هذا التوقف المؤقت والعودة إلى الموقف من جديد.

وقد قدم أحد المتخصصين من علم النفس الاجتماعي، وهو الباحث الأمريكي «إيرفنغ غوفمان» Erving Goffman تصورا عن علاقة الارتباك بتقديم الذات Self-presentation. ويؤكد هذا التصور، ليس تحليل إدارة التفاعلات الاجتماعية فقط، بل أيضا، فحص وتحليل ما يقوم به الناس لخلق انطباعات جيدة عن أنفسهم لدى الآخرين، وكيفية تعاملهم مع أي تهديدات تعوق إحداث تلك الانطباعات. ولأن هذا التصور يركز بشكل أساسي على المسرح، معتبرا أن ما يحدث فيه يماثل - مجازا - ما يحدث في عمليات التفاعل الاجتماعي في مواقف الحياة اليومية، ويحلل هذه العمليات في ضوء ما يقوم به الممثلون، وكل ما يستعان به في عملية الإخراج المسرحي، والمشاهد المسرحية، وما يحدث أمام الستارة على خشبة المسرح وخلفها في الكواليس، فقد أطلق على هذا المنحنى اسم المنحنى المسرحي Dramaturgic approach.

وحلل غوفمان (Goffman 1956) الارتباك في ضوء ما يحدثه في استمرار التفاعل الاجتماعي وسلاسته، وفسره باعتباره انهيارا في كل من: تقديم الذات للآخر، وقبول الآخر لتلك الذات المقدمة له باعتبارهما أساس أي تفاعل اجتماعي ناجح. وكذلك فقد عرف غروس وستون (Gross & Stone, 1964) الارتباك بأنه عائق لاستمرار التفاعل في موقف اجتماعي ما، يحدث نتيجة لأن هوية Identity الفرد لم تعد محل التأييد والمساندة في ظرف أو موقف عام.

وفي ضوء هذا المنظور، فإن الارتباك ليس مجرد خبرة غير سارة يجب تحاشيها، بل إن له العديد من الوظائف المهمة فهو بمنزلة «الكابح» لوقف التفاعل الاجتماعي المشكل، قبل أن تستفحل تلك

المشكلات ويتعقد الموقف. فالارتباك وإن كان يكبح أو يكف السلوك - وبالتالي تواصل التفاعل واستمراره - فإنه كبح مؤقت لتعديل السلوك المشكل الذي أدى إلى الارتباك، وليس عجزا دائما لدى الفرد يحول بينه وبين الرجوع إلى موقف التفاعل. إن أي مجموعة من الأفراد لا يعرفون الارتباك ويخبرونه سوف تكون مجموعة قاسية وعنيفة، لأنه لن يكون لديها إلا القليل جدا من القيود على السلوك العدواني. وكذلك فإن التفاعل مع شخص غير قادر على الارتباك أو لا يحدث له، لن يكون شيئا سارا، والأحسن ألا نعرفه أو نتعامل معه. وكذلك فإن الارتباك يتيح الفرص للتفاعل الاجتماعي لأن يكون أكثر مرونة، ذلك لأنه يساعد الأفراد على الفكاك من أسر فئات متصلبة من السلوك، ويسمح لهم باستكشاف واختبار حدود السلوك المقبول، من دون إدراكهم لأنهم يتعرضون لخطر شديد.

أما المنظور الثاني، فيركز على خبرة وسلوك الفرد الواحد، ذلك الفرد الذي يواجه المأزق في موقف التفاعل. وهذا المنظور هو محور اهتمامنا في هذا الفصل، ذلك لأن هذا النوع من الارتباك وثيق الصلة بخبرة الخجل. ومع ذلك، وكما سنرى فيما بعد، فمن الضروري أن نكون على وعي كاف بالطبيعة الاجتماعية القائمة والمتأصلة في هذا النوع من الارتباك. ويتضح الطابع المميز لهذا المنحى في التعريف الذي يقدمه ميلر (Miller, 1996, p. 129) للارتباك بأنه: «حالة حادة من الاهتياج Flustered والرعونة Awkward والكدر المربك Abashed Chagrin تنشأ نتيجة لتعرض الفرد لموقف يزيد فيه إدراكه للتهديد بسبب تقييمات غير مرغوبة لذاته من طرف آخر، حقيقي أو متخيل». وإحدى مميزات التركيز على الاستجابات النفسية للفرد في حالة الارتباك - بخلاف دورها الأساسي في إدارة التفاعلات الاجتماعية - هي أن للارتباك مترتبات وآثارا نفسية لا يمكن فهمها تماما في ضوء خصائص أي موقف اجتماعي يعايشه الفرد. وعلى الرغم من أن الارتباك يبدو مجرد إعاقة طارئة تحدث في المواقف الاجتماعية،

وأحيانا ما يكون مصدرا للفكاهة والضحك، فإنه حالة شديدة من الكرب وعدم السرور، ويسعى أي منا جاهدا إلى تجنب المرور بخبرته. وللارتباك عدد من المترتبات المهمة سواء على المرتبك نفسه أو على الآخرين. وعلى سبيل المثال، فكثير من الناس لا يطالب بحقوقه بشكل مؤكد للذات، بسبب خشيته مما قد يحدث له من ارتباك عند مواجهته للصراع الذي يحتمل حدوثه في مواقف التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، مثلما يحدث بينه وبين البائع في السوبر ماركت، أو الموظف الذي يقدم له خدمة معينة. وهذا ما نجده أيضا لدى كثيرين ممن يخافون الذهاب إلى الطبيب، إذا كان مرضهم يتعلق بجزء «حساس» من جسدهم. وكذلك فإن التحدث في الأمراض الجنسية أو الثقافة الجنسية بشكل عام يمثل لدى كثيرين موضوعا يحاط بكثير من الارتباك، وأحيانا ما يكون صعبا على الآباء والمدرسين تناوله. وفي أثناء كتابتي لهذا الفصل لفت نظري عنوانان في الصحافة، الأول يقول: «المسائل الشخصية: الأمور الصحية التي ينتابك الخجل وأنت تتكلم فيها» (The Mirror, 2 October, 1999). أما الثاني، فهو: «الآباء ذوو الوجوه الحمراء: درس في الحوار الجنسي، الآباء الذين يشعرون بارتباك شديد عند حديثهم مع أطفالهم في وقائع الحياة، يجب أن يتعلموا ذلك، ويأخذوا دروسا لتساعدهم في هذا الأمر (Mark Woods, The Independent, 2 October, 1999).

وأخيرا، فإن تحليل الارتباك أمر مهم لأي محاولة تهدف إلى فهم طبيعة الرهاب الاجتماعي Social phobia، وتصميم أساليب لمساعدة الناس على مواجهة مخاوفهم الاجتماعية والتغلب عليها. إن الخوف من الارتباك مكون جوهري في القلق الذي يشير إليه كثير ممن يعانون الرهاب الاجتماعي. وكذلك فإن احمرار الوجه المزمن مشكلة شائعة جدا لدى هؤلاء المرضى. وسوف نعرض في جزء تالٍ من هذا الفصل للعلاقة بين الارتباك واحمرار الوجه، وفي الفصل السادس سوف نعرض لعلاقة كل منهما بالرهاب الاجتماعي.

أسباب الارتباك

ثمة محاولات عديدة لتصنيف مختلف المواقف التي يحدث فيها الارتباك. وفي إحدى تلك المحاولات (Gross & Stone, 1964) طلب من كل فرد من عينة بلغت ٨٨٠ مبحوثا من طلبة الجامعة أن يذكر مواقف الارتباك التي تعرض لها. وتبين أن استجابات الطلبة تشير إلى وجود ثلاثة أنماط من مواقف الارتباك:

● عدم ملاءمة الهوية الذاتية Inappropriate identity: وذلك عندما لا تكون الذات المقدمة للآخرين موضع ترحيب وقبول وتأييد منهم. ومثال ذلك الفرد الذي يرتدي شكلا معينا من الملابس أو زيّا غير لائق بمناسبة ما. وعندما يفشل الفرد في تقديم صورة عن ذاته يتطلبها الموقف أو يتوقعها منه الآخرون. ومثال ذلك أن يخطئ الأستاذ في كتابة كلمة ما أمام تلاميذه.

● افتقاد التماسك ورباطة الجأش Loss of poise: وذلك عندما يفقد السيطرة على مجريات الأحداث من حوله، ويفلت منه الزمام، وتخرج مقاليد الأمور عن تحكمه، ولا يعرف كيف يتصرف. والأمثلة على ذلك لا حصر لها مثل زلات اللسان، وسكب السوائل والمشروبات على الأثاث والمفروشات، وتمزق في الملابس أدى إلى تعرية جزء من الجسم، والابتسام في مواقف يجب ألا يحدث فيها ذلك، والانخراط في نوبة ضحك متواصل وعدم السيطرة عليه.

● سوء الفهم وخطأ الاستنتاج Disagreement over the definition of the situation: وذلك عندما يدرك الفرد موقفا ما إدراكا خاطئا، وبالتالي يخلص إلى استنتاج خاطئ عما يجب عليه أن يفعله في هذا الموقف. ومثال ذلك أن يعتقد أحد الأطباء الجدد أن كبير الأطباء الذي يمر في المستشفى لتقصي الأحوال هو أحد المرضى، ويتعامل معه على هذا الأساس.

وهناك محاولات أخرى لتصنيف مواقف الارتباك لدى عينات كبيرة من الأفراد طلب فيها من كل فرد أن يذكر آخر موقف ارتباك تعرض له (Buss, 1980; Edelmann, 1987; Miller, 1992). وإحدى المشكلات

المهمة للاعتماد على هذا الأسلوب في تصنيف مواقف الارتباك، هي أن الأفراد يميلون إلى تذكر أكثر الأحداث قوة ووضوحا في أذهانهم، وهو ما يعني أن الارتباك فيها كان قليلا، أو أن ما سيتذكرونه عن الارتباك فيها سيكون قليلا، وهذا ينطبق على معظم مواقف التفاعل الاجتماعي اليومية. وكذلك فإن الأفراد عادة ما يحاولون مواجهة ارتباكهم ومعالجة الموقف، وذلك بتبنيهم عددا كبيرا من الاستراتيجيات غير اللفظية، وبخاصة تعبيرات الوجه. وأغلب الظن أن الأفراد لن يذكروا هذه الاستراتيجيات، لأنهم يركزون على الأحداث الأخرى الأكثر درامية في موقف الارتباك، أو لاعتقادهم أنهم لم يستخدموها بالفعل، أو لأنهم استخدموها ولكنها لم تكن فعالة. وللتغلب على مثل تلك العيوب طلب ستونهاوس Stonehouse وميللر Miller في دراستهما العام ١٩٩٤ (In; Miller, 1996, pp. 50-70) من عينة من الأفراد أن يدونوا بالتفصيل يومياتهم، وذلك طوال عدة أسابيع، وأن يلاحظ كل فرد ما تعرض له من مواقف ارتباك خلال كل أسبوع من هذه الأسابيع، وأن يصف آخر موقف ارتباك تعرض له. وأشارت الأغلبية العظمى من أفراد العينة (٩٤ في المائة منهم) إلى أنه لم يمر عليهم أسبوع واحد، إلا وتعرضوا فيه لموقف أو أكثر أدى إلى ارتباكهم. وصُنفت تلك المواقف في فئات.

وهناك اتفاق بين نتائج تلك الدراسات التي سعت إلى تصنيف مواقف الارتباك. وبالإضافة إلى الفئات الثلاث لمواقف الارتباك التي توصل إليها غروس ستون، هناك فئات أخرى من مواقف الارتباك، منها مواقف انتهاك الخصوصية Breaches of privacy مثل إفشاء معلومات سرية عن الفرد وجعلها محورا للحديث أمام جماعة في وجوده، أو اضطرار الفرد إلى أن يسلك أمام مجموعة من الناس سلوكا اعتاد ألا يمارسه أمام أحد، أو أن يشاهدك أحد وأنت تمارس سلوكا شخصيا، أو أن تشتري سلعة ذات طبيعة شخصية جدا (كالملابس الداخلية). والمثال النموذجي على ذلك هو ما حدث في أحد مشاهد

الأفلام الإنجليزية، حين أراد أحد الأفراد أن يشتري مجلة «للكبار» من المكتبة، وأخفاها بين جريدتين محترمتين قبل أن يناول مساعد البائع النقود، لكن هذا المساعد - لكي يسأل البائع ويتأكد من سعر المجلة - قد صاح بأعلى صوته ذاكرا اسمها، بحيث التفت نحوه كل الواقفين في المكتبة، محملقين في صاحبنا الذي جاء ليشتري تلك المجلة.

وكذلك فإن مواقف التكريم ومنح الجوائز في احتفالات، تمثل لكثيرين مصدرا للإزعاج، وربما يكون سبب ذلك إدراك الفرد المكرم أنه محط أنظار الجميع ومحور انتباههم. فهو يسير في قاعة مملوءة بالناس إلى أن يصعد منصة التتويج لتسلم الجائزة، وهو ما يكون مربكا حتى لو لم يظهر ذلك على الفرد. وكذلك فإن الإطراء أو الإسراف في الثناء، ربما يكون في حد ذاته سببا للارتباك. وعلى سبيل المثال، يتذكر أحد الطلبة موقف ذهابه إلى المنصة لتسلمه جائزة الطالب المثالي، فيقول: «شعرت بأنني لست هادئا أو مرتاحا كعادتي، خصوصا أنني واقف أمام كل هؤلاء الناس الذين ينظرون إلي وأعرفهم جيدا، وعندما وصلت إلى المنصة كنت متأكدا أن وجهي شديد الاحمرار، وأن جسدي ساخن جدا. ولقد كنت مرتبكا جدا جدا».

وكذلك فهناك الارتباك بالعبرة Vicarious embarrassment، ومعناه أن يرتبك شخص ما لأن شخصا آخر ارتبك أمامه، أو يتوقع أن يرتبك. وقد خضعت تلك الظاهرة للبحث الإمبريقي. فدرسها ميللر (Miller, 1987) باعتبارها حالة للارتباك بالمشاركة الوجدانية Empathic embarrassment. وتعني المشاركة الوجدانية Empathy، مشاركة شخص آخر في عواطفه وانفعالاته، وهو غير التعاطف Sympathy، حيث يشعر الفرد بانفعال مكمل Complementary يختلف عن انفعال الشخص الآخر، كأن تشعر بالشفقة نحو شخص يشعر بالحزن والأسى، من دون أن تشعر أنت نفسك بحزن أو بأسى، بل بمجرد الشفقة عليه فقط. وربما ترتبك من أجل شخص آخر، وذلك عندما تتخيل نفسك مكانه في الموقف الذي هو فيه، وتشعر بما يشعر

به. وافترض «ميللر» أنه بزيادة معرفتك وصلتك بالشخص المرتبك الذي تشاهده، وبزيادة علامات الانضغاط والتوتر البادية على هذا الشخص، يزداد ارتباكك أنت - نتيجة لارتباكه - عندما تشاهده. والسبب في ذلك أن موقف النموذج (الشخص المرتبك) يكون أكثر قوة وبروزا، ومن ثم تزداد قدرة المشاهد له على تخيل نفسه في موضعه (موضع النموذج).

وجرى اختبار هذا الفرض في تجربة أدى فيها النموذج سلسلة من النشاطات المُربكة، مثل الغناء والرقص، وتمثيل دور طفل في نوبة غضب ويرمي بنفسه على الأرض. وتبين أن من شاهدوا هذا النموذج كانوا أكثر ارتباكا، مقارنة بعينة ضابطة شاهد أفرادها نموذجا آخر يؤدي مواقف عادية لا ارتباك فيها. ومع ذلك، فلم يكن للمعرفة الشخصية السابقة بين النموذج والمشاهد أثر متسق في تقدير المشاهدين الذاتي لارتباكهم. وتبين كذلك أنه على الرغم من أن المشاهدين قدروا أنفسهم بأنهم مرتبكون، فإنهم كانوا أقل ارتباكا من النموذج الذي شاهدوه، وهو ما يعني أن الارتباك بالمشاركة الوجدانية (الحادث لدى المشاهد) يكون في العادة أقل وأضعف من ارتباك النموذج الذي نشاركه وجدانيا.

وهناك ما يدل على وجود فروق فردية في الميل إلى الارتباك بالعبرة. فهذا النوع من الارتباك أكثر انتشارا لدى الإناث مقارنة بالذكور. وربما يرجع ذلك إلى أن الإناث أكثر قابلية واستعدادا للارتباك، وقد يكون راجعا أيضا إلى أن الإناث أكثر كفاءة من الرجال في تحديد ومعرفة انفعالات الآخرين (Miller, 1995). وخلصت بعض الدراسات (Marcus & Miller, 1999) إلى أن خصائص المشاهد تؤدي الدور الأساسي فيما يشعر به من ارتباك عند مشاهدته نموذجا مرتبكا. فقد طلب من كل فرد في عينة من الطلبة أن يقدر مدى ارتباك كل زميل من زملائه عندما يأتي دوره ليقدم نفسه إلى زملائه في الفصل، وكذلك يقوم كل

طالب بتقدير مدى ارتباكه عندما يأتي دوره في هذا التقديم. وتبين أن الارتباك بالمشاركة الوجدانية يتأثر كثيرا بخصائص المشاهد (٣٩ في المائة من التباين في هذا الارتباك ترجع إلى المشاهد، و٨٪ فقط إلى خصائص النموذج أو المتكلم). وكان أكثر الطلبة ارتباكا بالمشاركة الوجدانية هم الأكثر ارتباكا في أثناء تقديمهم لأنفسهم، وهي نتيجة تعكس أهمية الألفة والتشابه في المهمة محل الأداء. فالوعي بالمأزق الشخصي (ماذا سأفعل حينما يأتي عليّ الدور وأقف لأقدم نفسي إلى الآخرين) يجعل الشخص أكثر حساسية ومشاركة للآخرين الذين يؤدون المهمة نفسها التي يحمل الفرد همّ أدائها.

وبالتأكيد، ففي مجريات أحداث الحياة اليومية يرتبط المشاهد، بدرجة أو بأخرى، بالنموذج الذي يؤدي السلوك، سواء بسبب وجود معرفة مسبقة بينهما، أو لانتمائهما إلى كيان اجتماعي واحد. ولهذا نجد الأم ترتبك بشدة عندما يسكب طفلها الصغير أي سائل على أثاث أو مفروشات مضيفهم، وكأنها هي التي فعلت ذلك بنفسها. واقترح هايدر (Heider, 1958) مفهوم «الوحدة المعرفية» Cognitive unit ليفسر به امتداد ذات الفرد لتندمج وتلتحم مع آخرين، يشعر الفرد تجاههم بنوع ما من الانتماء. ويتأثر تكوين الوحدة المعرفية بالسياق الذي تحدث فيه (Ortony et al., 1988, p. 78)، سواء السياق المكاني أو السياق الزماني. فلو فرضنا أنك كنت تشاهد مباراة للكرة في «الاستاد»، وسط الآلاف من رفقائك ممن يشجعون الفريق نفسه الذي تشجعه أنت، فإنك يمكن أن ترتبك إذا قام هؤلاء الرفقاء بسلوك سيئ. فسلوكهم سوف ينعكس عليك، حتى لو لم تكن تعرف أي فرد فيهم بصفة شخصية، وحتى لو لم يكن هناك من يعرف أنك وهم رفقاء تشجعون فريقا واحدا. ولكن إذا كنت تشاهد المباراة في التلفزيون في منزلك، فلن يكون هؤلاء المشجعون الموجودون في الملعب جزءا من وحدتك المعرفية.

أما عن السياق الزماني، فنحن نكون وحداتنا المعرفية مع أجدادنا وأسلافنا، ونشعر بالخزي والارتباك إزاء ما فعلوه مع العبيد والأرقاء في الفترات الماضية، وما فعلوه في أثناء الحروب من قتل وتدمير (*).

لكن هذا النمط من الارتباك بالمشاركة الوجدانية ليس الشكل الوحيد للارتباك بالعبرة، حيث توجد أشكال أخرى. وعلى سبيل المثال، تلك الفتاة التي قدمت عملا مسرحيا كوميديا مع فرقتها من الهواة، وتضمن دورها مشهدا تظهر فيه بملابسها الداخلية. وقد اندهش المشاهدون لذلك وضحكوا عندما رأوها على المسرح بتلك الصورة، لكن الموقف لم يخلُ من بعض الارتباك. فالبعض ارتبك من أجلها For her، أي ارتبك لأنه تخيل ما يمكن أن ينتابه هو إذا رآه الآخرون بملابسه الداخلية، كما يرون تلك الفتاة الآن. والبعض الآخر ارتبك بسببها By her، إذ لم يعرف كيف يستجيب بشكل ملائم للمشهد الذي يراه، حيث لا يريد أن يراه أحد وهو يحملق للفتاة، وبالتالي فهو لا يعرف هل ينظر إليها (ويراه الآخرون وهو يفعل ذلك) أم لا ينظر. أما أسرة الفتاة نفسها فلم تكن قادرة على النظر إليها. أما الفتاة نفسها، فربما لم تشعر بأي ارتباك لأنها تعتقد أنها ممثلة، وأن هذا مجرد دور مسرحي، شأنه شأن أي دور تمثيلي آخر. فعلى الرغم من أن النموذج (الفتاة) لم تكن تعاني أي ارتباك، فإن المشاهدين قد احمرت وجوههم، وارتبكوا لها ومن أجلها. ويمكن للارتباك أن ينتشر ويتحول إلى ما يشبه العدوى، وذلك إذا كان الشخص المرتبك في مكانة تجعل ارتباكه يؤدي إلى اضطراب شديد في الموقف الاجتماعي كله، ومن ثم يجبر الآخرين على اتخاذ خطوات طارئة ، أو القيام بتصرفات علاجية سريعة للموقف، وبالتالي يجدون أنفسهم في ورطة ويشعرون هم أيضا بالارتباك.

(*) يمثل ذلك اعترافا من أحد الباحثين الغربيين بما فعله الاستعمار عبر التاريخ من اعتداءات صارخة على الشعوب تشمل القتل والتدمير وغيرها، وهو مازال يحدث الآن في كثير من مناطق العالم، وإن كان المؤلف يشعر بالخزي والعار من ذلك [المترجم].

ويجب أن يكون واضحا أن الاكتفاء بحصر وتصنيف المواقف المسببة للارتباك، ليس إلا مجرد الخطوة الأولى نحو فهم طبيعة الارتباك ودينامياته؛ ذلك لأن أي موقف اجتماعي إنما يكتسب معناه ودلالاته من الإطار العام والعادات والتقاليد والمعايير الثقافية الحاكمة لهذا الموقف. ويصدق هذا القول، على وجه الخصوص، على الملبس، وما إذا كان ما يرتديه الفرد ملائما للموقف الاجتماعي أم لا، وبخاصة أن هذا يأتي ذكره دائما في أي قوائم يذكرها الأفراد للمواقف التي يرتبكون فيها، فجميع الأفراد يذكرون مواقف ارتباك تتعلق بالملبس ومدى ملاءمته لموقف ما. ومعايير الملبس من المظاهر التي تتباين جدا عبر الثقافات، بل ولدى أبناء المجتمع الواحد. فالمجتمع الغربي يشهد تغييرات متسارعة، كل عدد قليل من السنوات في تلك المعايير الحاكمة لسلوك الأفراد.

أضف إلى ذلك، أن مجرد التوصل إلى قوائم وتصنيفات للمواقف المسببة للارتباك، لا يمدنا بأي معلومات عن «العمليات» المسببة للارتباك في تلك المواقف، ولا يساعدنا على وضع واختبار فروض محددة تتعلق بأسباب ومترتبات هذا الانفعال الحادث في تلك المواقف. أما الذي يساعدنا على ذلك، فهو وجود نظريات عن العمليات المتضمنة في الارتباك، فهي التي تجعلنا قادرين على تحديد طبيعة المواقف التي يحدث فيها انفعال الارتباك، وتفسير ما يميز تلك المواقف، ويجعلها مختلفة عن مواقف أخرى يحدث فيها انفعال آخر. ومع وضعنا ذلك في الاعتبار، سوف نعرض لإمكان الاستعانة بواحدة من النظريات العامة في القلق الاجتماعي لتفسير أسباب الارتباك. ثم بعد ذلك نعرض لنظريتين أقل عمومية وأضيق نطاقا، تقوم الأولى على أساس المنحنى المسرحي، في حين تركز الثانية على ما يمكن أن يمثل تهديدا لتقدير الذات.

نظريات الارتباك

نظرية تقديم الذات Self-presentation theory

تفترض نظرية شلينكر Schlenker وليري Leary في القلق الاجتماعي أن درجة ما يشعر به الفرد من قلق في موقف اجتماعي ما، تتوقف على عمليتين أساسيتين: الأولى هي درجة دافعية الفرد لخلق انطباع مرغوب فيه عن ذاته لدى الآخرين. والثانية هي درجة توقع الفرد لقدرته على النجاح في العملية الأولى. وتتفاعل هاتان العمليتان، ويأخذ هذا التفاعل نمطا محددا، حيث إذا كانت درجات الفرد في كلتا العمليتين معا مرتفعة، فسيؤدي ذلك إلى زيادة مستوى قلقه الاجتماعي. أما إذا كانت درجة دافعيته (العملية الأولى) تساوي صفرا، أو إذا كان على يقين من قدرته على تقديم ذاته للآخرين كما يرغب (العملية الثانية)، فلن يعاني أي قلق اجتماعي. ويجب أن يكون واضحا أن الانطباع المرغوب فيه ليس مرادفا للانطباع الجيد، ولكنه يتحدد وفقا للأهداف التي يريد الفرد تحقيقها من تقديم ذاته إلى الآخرين بصورة محددة في الموقف المعين. ولهذا، فربما يكون كل هدف الفرد في موقف اجتماعي ما هو عدم ترك انطباع سيئ عن نفسه لدى الآخرين، بل أحيانا ما يكون كل هدف الفرد - في بعض المواقف الاجتماعية - هو أن ينزوي وألا يلحظه الآخرون. ومثال ذلك، ما نجده لدى كثير من الطلبة عندما ينظر أستاذهم إليهم منتظرا أن يجيب أحدهم عن سؤال ما طرحه عليهم، أو حين يسألهم عمن يرغب منهم في التطوع لعمل ما غير متحمسين له.

وفي تناولها للارتباك، لم تركز تلك النظرية على تحديد الخصائص والملابسات التي إذا توافرت في موقف اجتماعي ما، فسوف يكون مربكا، بل ركزت على مرحلة الحدوث الفعلي لمأزق الارتباك وورطته التي نشأت بالفعل وأصبح الفرد معايشا لها، لأنه فشل بالفعل في تحقيق أهدافه من تقديم ذاته إلى الآخر بشكل معين. ولذلك، فإن ليري وكوالسكي (Leary & Kowalski, 1995, p. 83) يؤكدان أن الارتباك استجابة لاعتقاد الفرد بفشله الفعلي في تقديم ذاته إلى الآخر بالصورة التي يرغب فيها. وتتوقع النظرية أن الارتباك يكون أكثر احتمالا للحدوث، عندما تكون دافعية

الفرد ليخلق لدى الآخرين انطباعا محددا عن ذاته مرتفعة. أما عن ارتباط الارتباك بالعملية الثانية (ثقة الفرد بقدرته على تحقيق الانطباع الذي يرغب فيه) فهو أقل وضوحا في هذه النظرية؛ ذلك لأن المأزق أو حالة الارتباك قد نشأت بالفعل، وأصبحنا أمام واقع جوهره هو إدراك الفرد لفشله في تحقيق الانطباع الذي يرغب فيه. ومع ذلك، فإن الأمر لا يتوقف عند هذا الحد، لأن حدوث المأزق سوف يضع الفرد في موقف جديد، وبالتالي سيحاول الفرد وضع هدف جديد لتقديم ذاته. ومن ثم، فإن القلق الاجتماعي هنا سيكون دالة لكل من أهمية الهدف الجديد واحتمال النجاح في تحقيقه من وجهة نظر الفرد.

يبدو - إذن - أن الموقف يجري وفق تتابع معين، يبدأ عند إدراك الفرد وجود بعض الإعاقات في عملية التفاعل الاجتماعي، وأن لهذه الإعاقات علاقات ما ودلالات ما بالنسبة إلى هويته الذاتية. ووعي الفرد بهذا التباين بين هويته الذاتية كما يدركها الآخرون، وهويته الذاتية المرغوبة هو الذي يخلق القلق الاجتماعي لديه. والفرد الآن يواجه بالفعل مأزقا، واستمرار قلقه - من عدمه - سيتحدد وفق اعتقاده في قدرته على تحقيق هويته الذاتية المرغوبة. ولما كان أحد الملامح الأساسية للاستجابة لموقف ما، هو أنها لا تظل ثابتة من دون تغيير، بل تتعدل وتتواءم عبر الزمن حتى يمكنها أن تساير بتناغم ما يحدث للفرد من تغييرات معرفية وفسيولوجية متتابعة، فإننا عندما نطلق على استجابة ما مسمى «ارتباك»، أو نشير إلى أنها تنشأ وتظل كما هي من دون تغيير، مصاحبة لاستجابات ظاهرة (مثل الابتسام وتجنب النظر في عين الآخر) أو لردود فعل فسيولوجية (مثل الاستثارة المرتفعة)، فإننا بذلك نتجاهل هذا الملمح المهم.

والسؤال الآن: هل يمكن التنبؤ بالارتباك، إذا كنا نعرف على وجه الدقة ما لدى الفرد من كلتا العمليتين اللتين أشارت إليهما نظرية تقديم الذات؟ إن إحدى صعوبات التنبؤ هنا هي أن المواقف المربكة في حياتنا اليومية هي بطبيعتها فجائية وغير متوقعة. ومع ذلك، فمن الممكن أن

نصمم في المعمل (معمل علم النفس) مواقف معينة نتوقع أنها سوف تثير الارتباك. ففي إحدى الدراسات (Edelmann & Hampson, 1979) طلب من كل فرد من أفراد العينة أن يعبر عن رأيه في عدد من اللوحات الفنية التي تعرض عليه. وبعد أن يقول الفرد رأيه في إحدى اللوحات، يظهر أحد الأشخاص (بالاتفاق مع الباحث) باعتباره الفنان صاحب تلك اللوحة التي انتقدها الفرد وقلل من شأنها. وكان يجري تسجيل ذلك بالفيديو. وبعد ذلك، كان كل فرد من أفراد العينة يجيب عن استبيان يتضمن عددا من الأسئلة عن ملابسات هذا الموقف (موقف مواجهته الرسام المزعوم). وقد تبين أن خمسة عشر فردا من بين الأفراد الاثنين والعشرين المشاركين في الدراسة، قد قرروا ارتباكهم في هذا الموقف. وأشارت التحليلات التي أجريت لسلوكهم المصور بالفيديو أن هؤلاء الأفراد الخمسة عشر كانوا أكثر أفراد العينة ارتباكا في هذا الموقف، حيث تجنبوا النظر في عين الرسام، وكثرت أخطاؤهم في الكلام واضطربت لغتهم، وكثرت حركات الجسم العصبية. ولا شك في أن تصميم مثل تلك الدراسات هو أنسب الوسائل لاختبار ما يمكن اشتقاقه من فروض نظرية تقديم الذات.

ولعل إحدى نقاط قوة نظرية تقديم الذات تركيزها الأساسي على كيفية إدارة الناس لارتباكهم. وفي هذا الصدد قدم غوفمان Goffman مفهوم «عمل الوجه» Face work، وذلك عند عرضه الاستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد لمواجهة ما يتعرضون له من ارتباك. وهناك فئتان عامتان من استراتيجيات إدراك الارتباك: الأولى هي الممارسات الوقائية Preventive practices، وهي ما يقوم به الفرد مسبقا ليتفادى كل ما من شأنه أن يمثل تهديدا لكيانه أو لذاته في موقف اجتماعي معين. فهي بمنزلة احتياطات يتخذها الفرد حتى لا يقع في مأزق الارتباك. والثانية هي الممارسات التصحيحية Corrective practices، وهي أفعال «علاجية» يقوم بها الفرد بعد وقوعه بالفعل في المأزق، وشعوره بالارتباك، وذلك بهدف استعادة التوازن وتقليص الخسائر الاجتماعية التي حدثت بالفعل. وقد قدم بعض الباحثين تصنيفات

تفصيلية لممارسات تقديم الذات، ومنها - على سبيل المثال - تلك التي قدمها شيبيرد وأركين (Shepperd & Arkin, 1990) وتركز تلك التصنيفات على ممارسات معينة هي تقديم الاعتذار، وطلب الصفح أو عدم المؤاخذة، والتبرير (Semin & Manstead, 1983) باعتبار أن كلا من تلك الممارسات الثلاث تؤدي دورا محوريا في المحافظة على استمرار التفاعل الاجتماعي، والتغلب على ما يمكن أن يؤدي إلى انقطاعه أو توقفه تماما. وعلى سبيل المثال، فالشخص الذي يعتذر عن سلوك ما، إنما يعترف صراحة بأنه قد خرق قواعد معينة، وأن لتلك القواعد قيمتها وأهميتها ولا يجوز خرقها، وأنه يتحمل مسؤولية ما اقترفه ويبدي ندمه على ذلك. وإذا كان الاعتذار صادقا مناسبا لحجم وطبيعة الخطأ الذي وقع فيه الفرد، أو الضرر الذي أحدثه للآخر، فإنه يساعد الفرد المعتذر على استعادة هويته بصورة متزنة، ويساعد الطرف الآخر على العودة إلى التفاعل من جديد. والفرد ملزم بأن يقبل اعتذار من أخطأ في حقه، سواء كان هذا القبول صراحة أو ضمنيا بالعودة إلى موقف التفاعل من جديد.

وكذلك يمكن للفرد أن يبدي عدم المؤاخذة، أو يقدم تبريرا لما اقترفه من سلوك مربك. وفيما يتعلق بعدم المؤاخذة، فإن الفرد يعترف صراحة بأنه قد ارتكب خطأ أو انتهاكا معينا (تماما مثل الذي يعتذر)، لكنه يحاول أن يقلل من مسؤوليته الشخصية عما بدر منه (لم أستطع إخبارك بأنني سوف أتأخر عن الميعاد لأنني لم أجد تلفونا لأخبرك بذلك). أما عندما يقدم الفرد تبريرا لما اقترفه، فإنه يقبل بمسؤوليته عما حدث، ولكنه يقلل من شأن وخطورة ما اقترفه من انتهاك (لم أستطع إخبارك بأنني سوف أتأخر عن الميعاد، ولكن على أي حال فالوقت أمامنا كثير لنتحدث فيما نريد).

ويمكن كذلك أن يكون الضحك والدعابة أسلوبا فعالا في مواجهة وإدارة ما يحدث في الموقف الاجتماعي من اضطراب. والابتسام والضحك استجابتان شائعتان في مواقف الإحراج والارتباك. ويمكن

للشخص المرتبك أن يستغل ما ينطوي عليه الموقف من أشياء يمكن أن تثير الضحك، ويعتمد عليها لمواجهة المأزق الذي يعيشه. وليس من المعروف ما إذا كانت فاعلية الدعابة والضحك تعتمد على طبيعة الموقف الاجتماعي محل الارتباك، أم على الخصائص الشخصية للفرد المرتبك، أم على براعة وظرف الدعابة المستخدمة. لكن الدعابة أو الضحك في هذه المواقف يمكن أن يقوم بأثره الإيجابي، ويملأ الثغرة المربكة في موقف التفاعل بأكثر من طريقة، فهو ربما يؤدي إلى تغيير بؤرة أطراف التفاعل وتحويلها إلى موضوع آخر، أو يوجه التفكير وجهة أخرى غير تلك التي أدت إلى الارتباك، أو يؤدي إلى حدوث بعض التغييرات الجسمية، لأن الضحك التلقائي يتضمن عمليات فسيولوجية مناهضة ومضادة لتلك التي تحدث للفرد عند ارتباكه.

وهناك دراسات إمبريقية عن ممارسات عمل الوجه. فقد وجدت سيمن ومانستيد (Semin & Manstead, 1982) أن الشخص الذي سبب انهيار مجموعة من المعلبات الموضوعة على الرف في أحد المحلات قد نال تعاطف الموجودين، ولم يكن عرضة للومهم واستيائهم ونظراتهم السيئة إليه عندما بدت عليه علامات الارتباك واضحة، وذلك مقارنة بمن يفعل ذلك من دون أن يبدي أي علامات تدل على ارتباكه. وفي دراسة لاستجابات طلبة الجامعة في مواقف الارتباك (Miller, 1996, p. 173) تبين أن معظم الاستجابات في تلك المواقف تكون بهدف التملص من الخطأ والتهرب من تحمل مسؤولية ما اقترفه الفرد من انتهاك (٢٨في المائة)، يليها إبداء الرغبة في تعويض ما أتلفه الفرد أو كان سببا فيه (١٧في المائة)، وحصل الضحك والدعابة على النسبة نفسها (١٧في المائة)، ثم الاعتذار (١٤في المائة). أما الفرار من الموقف وإبداء عدم المؤاخذة وردود الفعل العدوانية والتبرير، فقد حصل كل منها على أقل من ١٠ في المائة.

إن نظرية تقديم الذات تمدنا بإطار يساعدنا على فهم القلق الاجتماعي من كل جوانبه وفي كل مظاهره، وتسهل إجراء التكامل بين نتائج البحوث والدراسات المختلفة. ولكن افتراضها أن الارتباك هو

شكل من القلق تواجهه بعض المشكلات، من أهمها أن المصاحبات الفسيولوجية للارتباك ليست دائما مصاحبات القلق، وليست دائما الموجودة في بعض المواقف المُربكة التي لا تنطوي إلا على قدر قليل من التهديد لأهداف الفرد من تقديمه لذاته. وسوف نعاود مناقشة تلك النقطة في موضع تالٍ في هذا الفصل.

نظريات التقدير Esteem theories

تؤكد بعض التقسيمات الربط بين تأزم الفرد وارتباكه وما يشعر به من تقدير واعتبار، سواء تقديره هو لذاته أو تقدير الآخرين له. ويفترض موديلياني (Modigliani, 1971) أن الارتباك هو نتاج لفقد مؤقت لتقدير الذات في موقف بعينه، يحدث بسبب فشل الفرد في تقديم ذاته للآخرين بصورة محددة يرغب فيها. وكذلك ربط البعض (Babcock, 1988, p. 459) بين الارتباك وتقدير الذات مفترضا أن الارتباك يحدث تاليا لإدراك الفرد أنه يسلك بطريقة ليست متناغمة مع شخصيته التي يتصورها أو مع مفهومه عن ذاته. وهو ما يعني أن الارتباك يحدث ليس بسبب انهماك الفرد وانشغاله بفشله في عدم التوافق مع توقعات الآخرين منه، بل بسبب فشله في فرض معاييره الشخصية، والإبقاء عليها حاكمة لموقف التفاعل الاجتماعي.

لكن هذا التصور يواجه بكثير من المشكلات عندما نطبقه على مواقف الارتباك التي تحدث للفرد بسبب قيامه بسلوك ما مناف للذوق العام والمعايير السائدة في المجتمع، وتلك التي يرتبك فيها الفرد بسبب المبالغة في مدحه والثناء عليه عندما يكون محل تكريم واحتفاء. وكذلك فهذا التصور ليس ملائما لتفسير الارتباك بالمشاركة الوجدانية. أضف إلى هذا أن ذات الفرد وشخصيته ومعاييره الذاتية لا تتكون وتمارس تأثيراتها من فراغ، بل هي محددة - بدرجة أو بأخرى - بالسياقات الاجتماعية التي يعيش في كنفها، وبالتالي فإن أي فرد دائما ما يسلك في الموقف الاجتماعي المعين، واضعا في اعتباره تفكير الآخرين

ومشاعرهم في هذا الموقف. ولذلك فإن السلوك الذي يكون ملائما في سياق اجتماعي ما، ربما يكون مربكا في سياق اجتماعي آخر. وعلى سبيل المثال، فاليوم الرياضي في المدرسة من أهم مصادر ارتباك الأطفال الذين يزور آباؤهم المدرسة في هذا اليوم، وذلك لأنهم يعتقدون أن هناك اختلافا بين هويتهم وصورتهم لدى آبائهم، وهويتهم وصورتهم في عيون أقرانهم. فمثل هذا الارتباك لا يحدث بسبب انخفاض تقدير الطفل لذاته، بل للاختلاف القائم بين صورة ذاته لدى والديه ومثيلتها لدى أقرانه. ولذلك، فليس من الواضح في نظريات التقدير، كيف يمكننا التمييز بين الارتباك وعدد آخر من الانفعالات، منها - على سبيل المثال - الشعور بخيبة الأمل. فكلاهما يحدث عند إحساسنا بالفشل في أننا نسلك وفق معاييرنا الشخصية، وكلاهما لا يتضمن أي انشغال من الفرد بكيف ينظر الآخرون إليه، أو بصورة ذاته لديهم.

إن تأكيد تقدير الذات وأن انخفاضه هو الذي يؤدي إلى الارتباك يتعارضان مع كثير من نظريات التقدير والاعتبار، التي تؤكد التباين بين صورة الفرد عن ذاته، والصورة التي يأمل أن يقدمها للآخرين. ويتعارض كذلك مع نظرية تقديم الذات (Leary & Kowalski, 1995) التي تؤكد التباين بين أداء الفرد وتصرفه في الموقف الاجتماعي المعين من جهة، والمعايير والاعتبارات الاجتماعية السائدة التي يمكن للآخرين على أساسها أن يقيموا هذا الأداء تقييما سلبيا من جهة أخرى.

أشار بعض الباحثين (Semin & Manstead, 1981) إلى أنه مادام كثير من أشكال الارتباك في الأداء الاجتماعي للفرد يحدث اعتباطا وفجائيا، ويكون عادة خارج نطاق سيطرة الفرد وتحكمه، فإنه لا علاقة لهذا الارتباك بصورة الفرد عن ذاته. وعلى الرغم من ذلك، فإن الفرد دائما ما يكون لديه اهتمام بكيف ينظر الآخرون إليه، أي بصورته الذاتية العامة. ولهذا افترض البعض أن الارتباك يحدث عندما يكون هناك تباين بين صورة الفرد عن ذاته، وصورته الذاتية العامة. ويقدم كاستيلفرانشي وبوغي (Castelfranchi & Poggi, 1990, p. 238) مثالا

لذلك، برجل أنقذ من فوره إحدى السيدات من الغرق، ويقوم بإعطائها «قبلة الحياة»، حيث فمه على فمها، لكنه لاحظ أن هناك من يراقبه من بعيد، وهنا أخذ هذا المنقذ يفكر فيما يمكن أن يظنه هذا الشخص الذي يراقبه، وأنه ربما يعتقد أنه يستغل هذه المرأة، ومن ثم شعر بالخزي والارتباك. إنه يعرف أنه لا يوجد ما يجعله يشعر بالخزي والارتباك، لكن إدراكه أن صورته الذاتية العامة ربما تكون سلبية لدى الآخر، هو الذي جعله يشعر بذلك. إنه حسن النية، ويؤدي واجبه بشهامة، ويفعل ما يمليه عليه ضميره، ومتسق تماما مع ذاته، لكن وجود الآخر الذي يراقبه من بعيد هو الذي جعله يشعر بأنه في مأزق. وليس من الضروري هنا أن المراقب يسيء الظن فعلا بسلوك هذا الرجل، ولكن الأمر الحاسم المحدد للارتباك هنا هو اعتقاد الرجل المنقذ ومصادقته على أن سلوكه يفسر سلبيا ويساء الظن به.

إن تفسير الارتباك في ضوء التقدير والاعتبار يواجه صعوبات كثيرة عند تفسير ذلك الارتباك الذي ينشأ في مواقف لا تنطوي على أي دلالات خاصة بتقدير الفرد لذاته. ومثال ذلك تلك المواقف التي يرتبك الفرد فيها حينما يصدر منه سلوك منافٍ للآداب العامة والأعراف السائدة، أو عندما يلاحظ شخصا آخر يقوم بمثل هذا السلوك. لذلك لا تستطيع تلك النظرية تفسير ارتباك شخص مرتفع في تقديره لذاته ومرتفع أيضا في صورة ذاته العامة، وهو ما ينطبق على الشخص المحتفى به الذي قام ليتسلم جائزته وسط حشد من الناس. وكذلك فإنها لا تصلح لتفسير الارتباك الذي يحدث لدى من كانت صورة ذاته العامة مرتفعة وتقديره لذاته منخفضا، وهو ما ينطبق على الشخص الذي يبالغ الآخرون في مدحه والثناء عليه. وربما يجادل في ذلك أحد أنصار الاعتماد على تقدير الذات في تفسير الارتباك، قائلا إن كون الشخص يمارس عملا منافيا للتقاليد والمعايير العامة، يجعله يعي ويدرك أنه فشل في الوفاء بمعاييره الشخصية، وعجز عن التصرف في ضوئها، وهو ما يجعل تقديره لذاته هنا منخفضا. أما

بخصوص مواقف الإطراء الزائد، فإن الفرد هنا سوف يشعر بأنه خدع الآخرين، وجعلهم ينظرون إليه بصورة هو لا يستحقها في الواقع وغير جدير بها، وهذا الخداع يتعارض مع المعايير الشخصية، ومن ثم يعكس انخفاضا في تقدير الذات.

إن النظريات التي تؤكد فقد التقدير والاعتبار لدى الآخرين، يمكن أن تصلح لتفسير قلق الشخص وارتباكه بخصوص قدرته على خلق انطباع ما عن ذاته لديهم، مادام كون الشخص يسلك بطريقة تخرج عن التقاليد، أو يتلقى إطراء لا يستحقه، أو ينال جائزة، إنما يؤثر في تقديره الذاتي لقدرته على تحقيق هدفه، ويزيد من إدراكه لحجم الخسائر والثمن الغالي الذي سوف يدفعه إذا فشل في تحقيق هذا الهدف. فالفرد عندما يسلك خارج إطار التقاليد والذوق العام، فإنه يكون مدركا أنه بصدد خطر كبير، وهو تقييم الآخرين له سلبيا. وكذلك فعندما يكون الفرد موضع الإطراء الزائد، فإن ذلك يزيد من احتمال فشله في تحقيق ما يتوقعه الآخرون منه، لأنهم قدروه أكثر من قدره الحقيقي، وتصوروا أنه يمتلك قدرات هو لا يمتلكها في الواقع. ومن المؤكد أنه سوف يخفق في تحقيق ما يتوقعونه منه، لأنه متأكد في قرارة نفسه أنه لا يستحق هذا المدح والإطراء.

النظرية المسرحية Dramaturgic theory

افترض سيلفر وزملاؤه (Silver et al., 1987) أن هناك تفسيرات أخرى لأسباب الارتباك تختلف عن تلك التي تطرحها نظرية تقديم الذات ونظريات التقدير. والطرح الذي قدمه سيلفر وزملاؤه متأثر بقوة بالتوجه المسرحي الذي قدمه غوفمان، وخصوصا في تأكيده على الإعاقة والفوضى Disruption التي تحدث بسبب انهيار التناغم والاتفاق العام على الكيانات الذاتية لأطراف موقف التفاعل. فالارتباك وفقا لتلك

النظرية هو «حالة اهتياج عام وعدم اتزان تحدث بسبب إدراك أن ثمة أداء خاطئا، وتناولا أرعن للأمور، وأن التناغم والاتفاق العام على الكيانات الذاتية لأطراف الموقف قد انهارا، وأنه من الصعب إصلاحه سواء في اللحظة الراهنة أو في المستقبل القريب» (المرجع السابق، ص٥٨). ويعني هذا أن تلك النظرية لا تفترض أن الشخص المرتبك قد صدر منه سلوك خاطئ أو تصرف أرعن، أو أن هذا الذي حدث في الموقف الاجتماعي هو مسؤولية أحد الموجودين فيه، ذلك لأن الحدث الفوضوي التمزيقي الذي سيؤدي إلى الارتباك محتمل أن يكون عرضيا تماما، ولا دخل لأحد من أطراف الموقف الاجتماعي فيه. كذلك يؤكد هذا التصور إدراك صعوبة إصلاح التوافق والإجماع الذي انهار، وأن أحد أهم ملامح الارتباك أن مترتباته على الفرد لا تكون واضحة يقينية، بل عشوائية غير محسوبة، بحيث إنه لا يعرف ما الذي سوف يفعله بعد ذلك، لأنه أصبح غير قادر على القيام بأي دور محدد المعالم.

ومن المؤكد أن كثيرا من المواقف المربكة تنطوي على فقدان الفرد قدرته على معرفة ما يجب أن يفعله أو يقوله في تلك المواقف. وأتذكر هنا موقفا شخصيا عندما كنت طالبا في المرحلة الثانوية، حيث كنت أسير شارد الذهن في ممر تطل عليه نوافذ فصول الدور الأرضي في المدرسة، وفجأة ومن دون وعي مني دفعت بقدمي أحد الأحجار الصغيرة الموجودة على أرض الممر، فإذا به يندفع مرتطما بقوة بإحدى النوافذ، وإذ بالمدرس وجميع الطلبة يتجهون صوب النافذة وينظرون إليَّ. لم أكن قادرا على التفكير في أي شيء يمكن أن يخلصني من هذا الموقف. لقد كان سلوكي - ببساطة - غير واضح المعالم، وأسرعت مهرولا وأنا أشعر بأنني في منتهى الحماقة والسخف، ولا شك في أن هذا كان رأيهم فيّ.

ويمكن للمنحى المسرحي أن يفسر ملامح الارتباك الأكثر وضوحا ورسوخا. وعلى سبيل المثال، فهو يستطيع أن يفسر لنا السبب في أن الأحداث المتسارعة المتفاقمة التي عادة ما تحدث فجأة ومن دون توقع، تكون أكثر صعوبة على الفرد لكي يجد الاستجابة الملائمة لها، وبخاصة إذا لم يكن متاحا له سوى وقت قليل ليفكر فيما سوف يفعل أو يقول. وكذلك فإن تلك النظرية ملائمة للتطبيق على كثير من الحالات التي تفشل نظريات التقدير في تفسيرها أو تجد صعوبة في ذلك. وعلى سبيل المثال، فإن الارتباك الذي يحدث لمن يتعرض للإطراء والمديح المبالغ فيه، يحدث لعدم معرفة الفرد على وجه اليقين بالكيفية التي بها يستجيب لذلك، وبخاصة إذا كان مدركا أن الموقف يقتضي استجابات تكشف عن التواضع والاعتدال. فالفائز في تنافس ما، سواء في المجال الرياضي أو السياسي أو الأدبي، يجب ألا يبدو منتشيا سعيدا، ويجب أن يعبر عن أسفه لما حدث لمنافسة المهزوم، لكن ذلك عادة ما يكون أمرا صعبا على كثير من الفائزين، لأن الفائز يتذكر دائما ما تعرض له من هجوم وضربات من خصمه. ومن هنا يحدث ارتباك هذا الشخص الفائز.

وإذا كان تفسير الارتباك بالمشاركة الوجدانية أمرا صعبا لنظريات التقدير، اللهم إلا إذا وسعت من نطاق مفهوم الوحدة المعرفية، وامتدت به لينطبق على أي علاقة، يكون الشخص المرتبك طرفا فيها، مهما كانت ضعيفة أو غير واضحة، لكن تفسير هذا النمط من الارتباك ليس مشكلة بالنسبة إلى النظرية المسرحية، لأنها تؤكد أن الارتباك في جوهره مسألة إدراكية، ومن ثم فليس شرطا لكي يرتبك الفرد أن يكون موجودا مع الآخر المرتبك، بل من الممكن أن يرتبك الفرد إذا قرأ شيئا عن هذا الآخر وارتباكه. فمن الممكن - إذن - أن نصف كتابة حالة ارتباك ما يشعر من يقرأها هو أيضا بالارتباك (وأظن أن هذا ملمح المشاركة الوجدانية)، وإن كان هذا لا يحدث لدى الجميع. فمعظم الناس يميل إلى أن يجد فكاهة في الكتابات التي تصف أحداثا مربكة،

ولعل هذا هو جوهر الكوميديا، حيث يخرج الضحك من بين الأحداث المربكة. فنحن في المسرح نضحك على من يقع بسبب قشرة موز، ويكون ضحكنا عليه أكثر كلما كان عالي المقام أو متكبرا أو حريصا على الأبهة والمظهرية، لكننا لا نفعل ذلك في مواقف الحياة الطبيعية، إذ نكبح ضحكنا ونحن نساعده على النهوض من على الأرض.

ومع ذلك، ففي أغلب مواقف الارتباك بالعبرة نجد أن المشاهد يشارك الآخر المرتبك (النموذج) في ارتباكه بدرجة ما، حتى لو كان هذا المشاهد مجرد فرد واحد من جمهور كبير يشاهد هذا النموذج المرتبك. ويؤدي الفشل والارتباك الفجائي للنموذج إلى وضع المشاهد في موقف يصعب عليه فيه أن يعرف ما الذي يجب أن يفعله.

المقارنة بين نظريات تفسير الارتباك

أجريت محاولات لتحديد القيمة والمميزات النسبية لكل نظرية من نظريات تفسير أسباب الارتباك. وفي إحدى تلك الدراسات (Parrott & Smith, 1991) طُلب من كل فرد في عينة البحث أن يقدم وصفا مفصلا لاثنين من مواقف الارتباك: الأول يمثل ما يعتقد الفرد أنه موقف نموذجي للارتباك، والثاني موقف ارتباك حقيقي عاشه الفرد. ثم تم تحليل تلك المواقف في ضوء معايير تمثل أفكار خمس من النظريات المفسرة للارتباك هي: المسرحية وتقديم الذات/ القلق الاجتماعي وتقدير الذات الموقفي والمعايير الشخصية والخزي. وتبين أنه فيما يتعلق بمواقف الارتباك النموذجية، حصلت كل النظريات الخمس على تقديرات مرتفعة. وهو ما يعنى أن كل نظرية منها تمتلك قدرا من الحقيقة، وتعكس بالفعل جزءا من تصورات الناس وأفكارهم عن الارتباك وأسبابه. أما فيما يتعلق بمواقف الارتباك الحقيقية، فقد كانت كل من النظرية المسرحية ونظرية تقديم الذات / القلق الاجتماعي أكثر وضوحا وانعكاسا في تصورات الأفراد عن الارتباك في تلك المواقف وأكثر كفاءة في تفسيره والإحاطة بملابساته، مقارنة بالنظريات الثلاث الأخرى.

ومن الصعب أن نقارن بشكل مباشر وموضوعي بين النظرية المسرحية من جهة، ونظريات التقدير من جهة أخرى، ذلك لأن كثيرا من مواقف الارتباك إنما تنطوي على تداخل وتفاعل بينهما، وهي تلك المواقف المربكة التي يكون الفرد فيها في حالة هياج عام وعدم توازن ولا يعرف ماذا يجب أن يفعل أو يقول. وهذا ما تؤكده عليه النظرية المسرحية، الأمر الذي يترتب عليه، بل ربما يصاحبه اعتقاد الفرد بأنه سيقيم سلبيا من الآخرين، وهذا ما تؤكده نظريات التقدير. ورغم ذلك، فقد صمم باروت وزملاؤه (Parrott et al., 1988) تجربة بارعة لمحاولة فصل تقدير الذات الموقفي عن أثر الفوضى والإعاقة في موقف التفاعل الاجتماعي. في تلك الدراسة طُلب من كل فرد من أفراد العينة أن يحدد أيا من السيناريوهات الثلاثة التالية يمكن أن يسبب ارتباكا أكثر لرجل يطلب موعدا من إحدى السيدات التي تربطه بها علاقة عاطفية. في السيناريو الأول ترفض السيدة متعللة بذريعة تبدو منطقية ومعقولة وليس لدى الرجل ما يجعله يتشكك في صحتها وعدم الاقتناع بها. وفي السيناريو الثاني ترفض السيدة، ولكنها تقدم عذرا يعرف الرجل عن يقين تام أنها كاذبة فيما تقول. أما في السيناريو الثالث، فإنها ترفض دعوته من دون إبداء أي سبب لهذا الرفض.

والتوقع النظري هنا هو أن الموقف تبعا للسيناريو الأول لن يسبب أي اضطراب أو انخفاض في تقدير الرجل لذاته، بل سيستمر كما هو ويواصل حواره وتفاعله مع تلك السيدة. أما الموقف تبعا للسيناريو الثاني، فينطوي على تهديد لتقدير الرجل لذاته، لكن الموقف يسمح باستمرار الحوار مع السيدة من دون حدوث إعاقة للتفاعل. أما الرفض الصريح والمباشر (السيناريو الثالث) فسوف يعصف بتقدير الرجل لذاته، وسيجعل من الصعب على طرفي التفاعل أن يعرف كل منهما ماذا يجب أن يفعل أو يقول ليستمر الحوار، بحيث نتوقع حدوث إعاقة للتفاعل وانهيار له. وبناء على ذلك، فإذا كان الارتباك يحدث بسبب فقدان تقدير الذات، فسوف يكون ارتباك الرجل في الموقف

الأول أقل منه في الموقفين الثاني والثالث، أما إذا كان الارتباك يحدث بسبب إعاقة للتفاعل في الموقف الاجتماعي، فإن ارتباك الرجل في الموقف الأول لن يكون مختلفا عن ارتباكه في الموقف الثاني، لأن أيا منهما لم يؤد إلى إعاقة وانهيار في الموقف، ويكون الارتباك في أي منهما أقل كثيرا مما هو عليه في الموقف الثالث الذي من المفترض أن يشهد انهيارا شديدا. وقد أشارت النتائج إلى أن تقديرات أفراد العينة للارتباك كانت أعلى جوهريا في الموقف الثالث، مقارنة بكل من الموقفين الأول والثاني، وأنه لا فرق في الارتباك بين الموقفين الأول والثاني. وتدعم تلك النتائج صحة افتراضات النظرية المسرحية التي تؤكد أن الارتباك ينشأ بسبب الإعاقة والانهيار للتفاعل، ولا تدعم افتراضات نظرية التقدير.

ومع ذلك، فلأن كل السيناريوهات الثلاثة قدرت من قبل أفراد العينة، على أنها تنطوي على قدر من الارتباك لا يقل عن المتوسط، ولأن السيناريو الأول حصل على تقدير ٣,٣٩ نقطة على متصل من سبع نقاط للارتباك، فإن هذا يوحي بأن ثمة دورا لتقدير الذات الموقفي في الارتباك، وأن ما يحدث من اضطراب وانخفاض في تقدير الفرد لذاته في موقف التفاعل الاجتماعي المعين يؤدي إلى ارتباكه في هذا الموقف. وقد وسع ميللر (Miller, 1996) من تصميم هذه الدراسة، إذ ضمنها موقفا جديدا هو أن السيدة لن تبلغ الرجل رفضها لدعوته - في السيناريوهات الثلاثة - بنفسها، بل عن طريق طرف ثالث، وكان هذا الطرف الثالث، إما أنه يعرف أن لهذا الرفض سببا وحجة صادقة ومنطقية هو نفسه مقتنع بها، وإما أنه يعرف أن العذر الذي تقدمه السيدة غير حقيقي وكاذب. ويقدم الصندوق (٥ - ١) ملخصا لتصميم الدراسة، ومتضمنات كل موقف من المواقف الأربعة بالنسبة إلى كل من تقدير الذات للفرد صاحب الدعوة المرفوضة، واحتمالية توقف التفاعل بينه وبين حامل الرسالة من السيدة وانهياره.

الصندوق ٥ - ١: تصميم التجربة للمقارنة بين نظريات التقدير والنظرية المسرحية في تفسير الارتباك

يحمل أحد الأفراد رسالة من سيدة إلى أحد الرجال، يخبره فيها برفض السيدة دعوته لها إلى اللقاء. وهنا توجد أربعة مواقف تجريبية: ١- يعرف حامل الرسالة أن حجة السيدة لرفض اللقاء حقيقية وصادقة. ٢- يعرف حامل الرسالة أن حجة السيدة لرفض اللقاء زائفة وكاذبة. ٣- يعرف الرجل صاحب الدعوة أن حجة السيدة لرفض لقائه حقيقية وصادقة. ٤- يعرف الرجل صاحب الدعوة أن حجة السيدة لرفض دعوته زائفة وكاذبة.

	يعرف حامل الرسالة أن سبب رفض الدعوة حقيقي وصادق	يعرف حامل الرسالة أن سبب رفض الدعوة زائف وكاذب	
يعرف صاحب الدعوة أن رفض السيدة دعوته يرجع إلى عذر حقيقي ومقبول	الموقف الأول: ضعيف	الموقف الثاني: ضعيف	حجم التهديد لتقدير ذات صاحب الدعوة
	سلس ومتواصل	مضطرب	التفاعل بين صاحب الدعوة وحامل الرسالة
يعرف صاحب الدعوة أن رفض السيدة دعوته يرجع إلى عذر كاذب ووهمي	الموقف الثالث مرتفع	الموقف الرابع مرتفع	حجم التهديد لتقدير ذات صاحب الدعوة
	سلس ومتواصل	مضطرب	التفاعل بين صاحب الدعوة وحامل الرسالة

المصدر: تصميم لدراسة ميللر العام ١٩٩٦ (Miller, 1996)

وخلصت الدراسة إلى أن الارتباك كان أعلى في الموقفين الثاني والرابع، إذ انقطع التفاعل فيهما، أو مقارنة بالموقفين الأول والثالث، وكان الارتباك في أعلى درجاته لدى صاحب الدعوة عند رفض الدعوة

من دون حجة مقبولة، وذلك بصرف النظرعن اعتقاد حامل الرسالة، أي في الموقفين الثالث والرابع. ولا شك في أن تلك النتائج تدعم كلا النموذجين (المسرحي والتقدير)، وإن كانت تشير إلى أن تهديد تقدير الذات هو المصدر الأكبر للارتباك. ومع ذلك، فعلى الرغم أن تلك الدراسات بارعة ومحكمة المنهج لأنها تتعامل مع مواقف ارتباك افتراضية، فمازلنا في حاجة إلى دراسات مماثلة تجرى على الارتباك كما يحدث في واقع الحياة اليومية، لنرى أيا من تلك النظريات هي الأكفأ في تفسير الارتباك والتنبؤ به في الواقع الفعلي وليس في مواقف افتراضية.

الاستجابات الدالة على الارتباك Embarrassed reactions

نعرض في هذا الجزء لاستجابات الأفراد للأحداث المربكة. وكما قسمنا الاستجابات للخجل في ثلاث فئات: معرفية وسلوكية وجسدية، فسوف نقسم الاستجابات للارتباك إلى تلك الفئات الثلاث أيضا. ثم نركز في الجزء التالي على واحدة من أكثر استجابات الارتباك شيوعا، وهي احمرار الوجه، وذلك لسببين: أن احمرار الوجه لايزال أكثر استجابات الارتباك غموضا، ففهمنا وتفسيرنا له لايزالان قليلين. أما السبب الثاني، فيتمثل في أن هناك ما يشير إلى أن احمرار الوجه يحدث أيضا بسبب الخجل، وليس حكرا على الارتباك فقط.

يفهم ضمنيا مما وصفناه لبعض المواقف المربكة أن ثمة مصاحبات ومظاهر معرفية للارتباك أهمها الشعور بالاندهاش وعدم الاتزان النفسي أو الاهتياج العام، وفقدان السيطرة على مجريات الأحداث وعدم الراحة والعصبية والتوتر. ومع ذلك، فإن الشعور بالذات هو جوهر خبرة الارتباك، مثلما هو جوهر خبرة الخجل. فقد أشار بص (Buss, 1980) إلى أن الارتباك يبدأ بالوعي الشديد للفرد بصورة ذاته العامة أو بصورة ذاته لدى الآخرين، كذلك يرى سيمن ومانستيد

(Semin & Manstead, 1981) و«إيدلمان» (Edelmann, 1987) أن التشخص Individuation – الوعي الشديد للفرد بأنه أصبح بالفعل بؤرة انتباه الآخرين – هو حلقة الوصل بين الانهيار في الموقف الاجتماعي وحدوث الارتباك، ومن دون تلك الحلقة، فلن يؤدي الانهيار إلى ارتباك. وهناك من الأدلة الإمبريقية ما يؤكد ذلك. ففي دراسة باروت وسميث (Parrott & Smith)، التي عرضنا لها فيما سبق، تبين أن الأغلبية العظمى من أفراد العينة الذين تعرضوا لمواقف في حياتهم اليومية أدت إلى ارتباكهم، قد قرروا صراحة أنهم ارتبكوا معبرين عن ذلك في صور كثيرة مثل: «كنت في بؤرة الانتباه» أو «شعرت بأنني بؤرة انتباه الآخرين» أو «كل الموجودين ينظرون إليَّ» أو «أرغب في أن يكون انتباه الآخرين إليّ أقل» أو «كنت عرضة لسخرية الآخرين وضحكاتهم» أو «كنت قلقا بخصوص ما يفكر فيه الآخرون عني». ولاشك في أن كل تلك الأحكام التي يقررها المرتبكون تفتقد الموضوعية، فهي تتسم بالمبالغة والتضخيم، إذ عادة ما يكون انتباه الآخرين إلى المرتبك أقل كثيرا مما يعتقد هو أو يتصور.

وفي أثناء كتابتي هذا الفصل كنت مسافرا بالقطار، وجلس بجانبي ثلاث طالبات جامعيات أخذن يتكلمن عن خبراتهن ومواقفهن المشتركة. وقد عبرت إحداهن عن ضيقها وتبرمها من انتقاد زميلتها بعض عاداتها وتصرفاتها، ورفضت بشدة هذا الاتهام عن نفسها. لكن أثر وفاعلية إنكارها هذا كانا ضعيفين وغير مقنعين، بسبب ما صدر منها من ابتسامة مرتبكة جدا. فقد نظرت نحو الأرض ونأت بعينيها عنهما، ورفعت يدها إلى وجهها وبدأت تحك بإصبعها منطقة ما بين الحاجبين، بحيث تغطي وجهها بكف يدها. أما إحدى زميلتيها فقد أخذت تحكي عن موقف تعرضت له عندما انخلع حذاؤها من رجلها، واضطرت إلى أن تجري حافية من مكان جلوسها في محطة القطار حتى وصولها إلى القطار، وقالت: «وأنا أخبر الحارس بذلك في المحطة، كنت أشعر بتوتر وقلق، لقد كنت أشعر بارتباك شديد». وقالت

أيضــا: «كنت مـتــأكـدة من أن وجـهـي تحـول إلى اللون الأحـمـر، ولـهـذا وضـعت يدي عليه لأخفي هذا الاحـمـرار، كنــت أخـفــي وجـهــي حـتــى لا يراني أحد بهذا الشكل».

هذه أمـثلة لما يكون عليـه المظهـر الخــارجي للانفـعـال Emotional display، وهو نمط من تعبيرات الوجه، والحركات والإيماءات والأوضاع الجسدية المصاحبة لحالة الانفعال. وقد اهتمت دراسات كثيرة بتحليل وتصنيف المظاهر الخارجية للانفعال. فقد أجرى إكمان ومعاونوه عددا من الدراسـات الحـضـارية المقـارنة، خلصـوا منهـا إلـى إعـداد «أطلس» للانفعـالات (Ekman & Friesen, 1978). وتخضع المظاهر الخارجية للانفعال للكثير من الضبط والتعديل، وذلك من خلال محاولات الفرد للتحكم في تعبيره عن انفعاله. ذلك لأن التعبيـر التلقائي الفج عن انفعـال قوي، هو أمر لا يلقى عادة قبولا من الآخرين. وعندما يحدث، فإنه يربك الموجودين مع هذا الفرد المنفعل. ولهذا فنحن نحث أطفالنا ونشجعهم على أن تكون المظاهر الخارجية لانفعالهم معتدلة ومقبولة. ولهذه الأسباب فإن التعبير عن الانفعال يختلف من فرد إلى آخر، ومن مــوقف إلى آخــر، ومن ثقــافــة إلى أخــرى. وفي هذا الســيــاق قــدم أزيندورف (Asendorph, 1990a) تحليــلا مـفـصــلا للفـروق الفــردية والموقفية والثقافية في المظاهر الخارجية لكل من الخجل والارتباك.

ويبدو أن للارتباك مظاهره الخارجية المميزة التي تشمل تحاشي النظر إلى الآخر وإخفاء الوجه والابتسام واتخاذ الجسم أوضاعا جامدة متخشبة غير تلقائية (Keltner & Buswell, 1997, p. 254)، ولم تشتمل تلك المظاهر على احمرار الوجه، لأنه ليس مظهرا دالا على الارتباك فقط، بل يحدث كمظهر للتعبير عن انفعالات أخرى مثل الغضب. والمظاهر الخارجية النمطية للارتباك، والتي تلقى قبول معظم البـاحـثين هي تلك التي حـصـرها باروت وسـمـيث (Parrott & Smith, 1991)، وتشمل احمرار الوجه والعرق وتجنب النظر إلى الآخر وإخفاء الوجه وتنكيس الرأس والابتسامة أو الضحكة العصبية والتململ وكثرة

الحركات العصبية. وفي دراسة مسحية عبر حضارية هدف إديلمان (Edelmann, 1990a) إلى الكشف عن أكثر المظاهر الخارجية للارتباك حدوثا لدى عينة من البريطانيين وعينات من خمسة أقطار أخرى هي اليونان وإيطاليا واليابان وإسبانيا وألمانيا. وتبين أن أكثر المظاهر الخارجية للتعبير عن الارتباك لدى البريطانيين هو احمرار الوجه (٥٥٪ من أفراد العينة)، يليه تجنب النظر إلى الآخر (٤١٪)، ثم الابتسامة (٣٧٪)، ثم الضحك (١٩٪)، وأخيرا ملامسة الوجه باليدين لمحاولة إخفائه (١٦٪). وتبين كذلك أن ثمة قدرا كبيرا من الاتساق بين أبناء الأقطار الخمسة في معدل حدوث تلك العلامات الخارجية كمظاهر للارتباك. على الرغم من أن البريطانيين كانوا أكثر الشعوب الستة تعبيرا عن ارتباكهم عن طريق احمرار الوجه وتجنب النظر إلى الآخر وإخفاء الوجه باليدين.

و تمت كذلك دراسة هذه الاستجابات في مواقف ارتباك طبيعية حدثت في سياق الحياة اليومية، وأيضا في سياقات تجريبية مصطنعة. وعلى سبيل المثال، ففي دراسة إديلمان وهامبسون (Edelmann & Hampson, 1979)، التي عرضنا لها سابقا، تبين أنه عندما أعلن أحد الأفراد فجأة أنه هو الفنان صاحب اللوحة محل الانتقاد، فإن الأفراد المنتقدين للوحة قد أظهروا كثيرا من الحركات الجسدية العصبية، واضطرابا في الكلام، وتحاشوا النظر إلى هذا الشخص. وأشارت دراسة أزيندورف (Asendorph, 1990a) إلى أنه من الممكن التمييز بين الابتسامة الدالة على الارتباك وغيرها من الابتسامات (*)، حيث قام بتحليل مفصل للابتسامات التي صورت بالفيديو خلال مواقف تفاعل اجتماعي مصطنعة روعي أن تسبب الارتباك لأطرافها. وقد اعتمد في تحليله وتصنيفه للاستجابات على

(*) الابتسامة أحد المظاهر الخارجية للانفعال، وهي أصلا تعبر عن انفعال السرور والسعادة، ومع ذلك لها دلالات عديدة. فهناك ابتسامة الاحتقار، وابتسامة المداراة، وابتسامة التهكم، وابتسامة الرياء، والابتسامة الصفراء التي تشير إلى الغل والبغض... إلخ. وهذا يوضح صعوبة تحديد مظاهر خارجية مميزة لانفعال بعينه، حيث تتشابه المظاهر الخارجية لأكثر من انفعال [المترجم].

نسق ترميز حركات الوجه Facial Action (Ekman & Friesen, 1978) Coding System الذي يحدد عضلات الوجه المستخدمة في الابتسامة المعنية. ووفقا لهذا الكود، فإن الابتسامة المعبرة عن الارتباك، هي تلك التي تظل موجودة في قمة اتساعها لمدة تتراوح بين ثانية واحدة وثانية ونصف الثانية، قبل أن يهرب الفرد بعينيه متحاشيا النظر إلى الآخر (تكون الابتسامة في قمتها عندما تكون المسافة بين جانبي الفم أقصى ما يمكن)، وبعد تلك المدة الزمنية تضيق وتخفت. أما الاستجابة العادية غير الدالة على الارتباك، فإن ضيقها أوخفوتها يحدث متزامنا تماما مع تحاشي النظر إلى الآخر.

وكذلك أجرت كيلتنر (Keltner, 1995) تحليلا تفصيليا لاستجابات الارتباك مستخدمة نسق ترميز حركات الوجه. ووجدت أن هناك تسلسلا ثابتا في حركات الوجه يحدث بعد الفعل المربك، وأن هذا التسلسل يستغرق نحو خمس ثوان بعد تفجر الموقف المربك، ويتضمن الاستجابات التالية بالترتيب: ١ - تجنب النظر إلى الآخر، ٢ - التحكم في الابتسامة ومحاولة الفرد السيطرة عليها، ٣ - ابتسامة طولية ولأعلى (ليست ابتسامة كاملة، بل فقط تحريك عضلة رئيسية يؤدي إلى تحريك الشفتين لأعلى)، ٤ - تحكم ثان في الابتسامة، ٥ - تنكيس الرأس، ٦ - ملامسة الوجه باليدين. وتبين أن هذا النمط من الأداء الحركي للوجه متمايز بهذا التسلسل، إذ لا يوجد إلا لدى الفرد المرتبك، ويختلف عما يصدر من الفرد تعبيرا عن أي انفعال آخر غير الارتباك.

إن إحدى صعوبات التحديد الدقيق لمظهر خارجي خاص بانفعال الارتباك، من دون غيره من الانفعالات، هي أن الارتباك ربما يحدث مصاحبا لانفعالات أخرى. فلأن المأزق، ومن ثم إمكان حدوث الارتباك ينشأ فجأة ومن دون أي توقع لأسبابه، فإن ردود الفعل المرتبكة يمكن أن تحدث مصاحبة لمظاهر تعبير عن انفعالات أخرى كالدهشة والرعب مثلا. وربما كان هذا أحد أسباب أن

الضحك المرتفع يكون استجابة الفرد في بعض مواقف الارتباك. وكذلك فإن هذا يمكن أن يفسر لنا الحدوث الشائع للابتسام في مواقف الارتباك.

إن محاولة تحديد مظهر للوجه يكون مميزا وخاصا بانفعال ما من دون غيره أمر مهم لعدة أسباب، منها أن تعبيرات الوجه المتمايزة يمكن أن تساعدنا على تحديد وتصنيف الانفعالات الأساسية Basic emotions، وإذا ثبت أن للارتباك مظهرا خارجيا مميزا وخاصّا به وحده، فإن ذلك سيدعم فكرة أنه انفعال متمايز عن غيره من الانفعالات. وكذلك فإنه إذا ثبت أن لكل انفعال مظهره الخارجي الخاص به، فإن ذلك سوف يقودنا إلى التساؤل حول وظائف المظهر الخارجي لكل انفعال. فلماذا يؤدي الارتباك إلى ظهور هذا النمط المحدد من الاستجابات من دون غيرها؟ إن إحدى الإجابات عن هذا السؤال هي أن هذا المظهر الخارجي هو بمنزلة إشارة Signal، وبشكل خاص علامة للتهدئة التي يسعى إليها الشخص المرتبك.

الارتباك والتهدئة Embarrassment and appeasement

يفترض «كيلتنر وبوسويل» (Keltner & Buswell, 1997) أن المظهر الخارجي أو الاستجابة البادية على الفرد في انفعال الارتباك، تعمل كعلامة للتهدئة والتسكين. وقدم الباحثان كثيرا من الحجج التي تدعم هذا الافتراض، منها أن لدى كل نوع من الكائنات الحية مظهره الخارجي الخاص للارتباك، ووظيفته هي التهدئة والتسكين، وأن كثيرا من تلك المظاهر تتضمن سلوكيات مشابهة إلى حد ما بتلك التي يتضمنها المظهر الخارجي للارتباك لدى البشر، مثل تجنب التحديق في الآخر، وتحويل وتنكيس الرأس، وابتسامة محددة تعطي انطباعا بأن صاحبها يشعر بالازدراء والاحتقار، ووضع جسدي يدل على الخضوع والاستكانة، ينكمش فيه الحيوان بحيث يبدو في حجم أصغر من حجمه في الظروف العادية. وكذلك

فإن المواقف التي تسبب تلك المظاهر الخارجية تبدو متشابهة لدى مختلف الكائنات. وعلى سبيل المثال، تفاعل الفرد مع آخر أعلى منه منزلة ومكانة (من طبقة اجتماعية أعلى)، وما ينطوي عليه ذلك من إمكان إدراك الفرد من تهديد لكيانه الذاتي ولتقديره لذاته، ربما يكون مكافئا لما يحدث لحيوان يتعرض لعدوان بدني من حيوان آخر أقوى منه. وكذلك، فإن النتائج والمترتبات تبدو متشابهة، فإذا كان مظهر التهدئة والتسكين لدى الكائنات غير البشرية يؤدي إلى تهدئة واسترضاء الطرف القوي المسيطر، وتحويل الانتباه والأنظار بعيدا عن الطرف الضعيف الخاضع، فإن احمرار الوجه لدى الإنسان المرتبك، يمكن أن يؤدي - بدوره - إلى أن يرتبك الآخرون وينصرفوا عنه ولا ينظروا إليه (Leary & Kowalski, 1995 p. 155). وأخيرا، فإن المظاهر الخارجية لدى مختلف الكائنات الحية ربما تقوم بذات الوظيفة، ألا وهي المساهمة في استعادة العلاقات الاجتماعية، وإصلاح وترميم المواقف بعدما حدث لها من فوضى أو انهيار، أو من تغيير يحتاج إلى تسوية وإصلاح.

إن إحدى مميزات هذا التصور الذي يقدمه «كليتنر وبوسويل»، أنه يمثل تصورا معقولا لأسباب الارتباك ووظائفه والتعبيرات الوجهية، والتغييرات الجسدية الخارجية التي تصاحبه، وتحدث كاستجابة له. لكن دور احمرار الوجه في هذا التصور ليس واضحا أو مفهوما، وليس هناك ما يؤكد حدوثه لدى كل الكائنات الحية. فعلى الرغم من أن احمرار «المقعدة» لدى بعض الكائنات ربما يمثل جزءا من التهدئة والتسكين، أو - مظهرا خارجيّا - للرغبة الجنسية، فإنه لا يوجد لدى أي من الكائنات الأخرى ما يمكن أن يقابل احمرار الوجه لدى الإنسان. أضف إلى ذلك أن فهمنا وتفسيرنا للمواقف التي يكون احمرار الوجه فيها عيبا وأمرا غير مرغوب فيه مازال قاصرا، ومازال ذلك يحتاج إلى مزيد من البحث والدراسة.

إن للارتباك أسبابا كثيرة كعدم ملاءمته الهوية الذاتية، وفقدان الاتزان والتحكم في مجريات الأحداث...إلخ، وكذلك هناك تأويلات كثيرة يمكن أن يتبناها الآخرون عن الفرد المرتبك، ويرجعوا ارتباكه إلى أي منها. فقد يعتقد الفرد المرتبك أن الآخرين سوف يقولون إنه أتى بسلوكه وتصرفه المربك هذا لأنه شخص وقح، أو لأنه شخص غير كفؤ، أو لأنه غير حساس، أو لأنه غير محترم... إلخ، لكنه ليس معروفا ما إذا كانت تلك الأسباب والتأويلات المتعددة تستثير مظاهر انفعالية خارجية مختلفة، أو أنماطا متمايزة من الاستجابات، أم نمطا واحدا للارتباك في كل المواقف ولكل الأسباب والتأويلات. إننا نستطيع أن نتصور أنه إذا اعتقد الفرد أن تصرفه المربك سوف يؤول من الآخرين، باعتباره سلوكا صدر من فرد طائش، فإن الفرد في هذه الحالة يميل إلى الاعتذار عما بدر منه. أما إذا اعتقد أنهم سينظرون إليه على أنه أحمق، فربما يثير ذلك لديه استجابة الضحك. أما إذا اعتقد أنهم يرون أنه بذيء أو وقح، فإن ذلك سيؤدي إلى احمرار وجهه. وهناك بالفعل ما يدل على صحة هذا التصور، وأن استجابات الفرد المرتبك تختلف من موقف ارتباك إلى آخر. فقد خلصت بعض الدراسات (Cupach & Metts, 1990) إلى أن الضحك هو الاستجابة الأكثر شيوعا في مواقف الارتباك التي تتضمن فقدا لسيطرة الفرد فيما حدث وتحكمه فيه، بينما يبدي الأفراد المرتبكون اعتذارهم في مواقف الارتباك التي تتضمن اختراق الفرد لقاعدة ما أو معيار معين. ومع ذلك، فهناك استثناءات في هذا الأمر. فمن الممكن أن يكون الضحك استجابة في موقف خرق لقاعدة أو معيار. وبالطبع، فإن كل ذلك يثير التساؤل عما إذا كان الارتباك يستثير مظهرا خارجيا انفعاليا واحدا، أم ثمة مظاهر مختلفة تستثار في المواقف المختلفة للارتباك.

لقد لاحظت مظهرا خارجيا مختلفا تماما، وذلك لإحدى السيدات في أحد المحال التجارية. كانت السيدة تقف في مواجهتي، وكانت تشتري سلعة «نسائية شخصية». لقد احمر وجهها، وأخذت تلتفت

حولها، لكنها من التفاتاتها لم تكن تنظر إلى أحد، بل تتجه عيناها دائما نحو الأرض. وفي النهاية ناولت السلعة للبائعة المساعدة من دون أن تبتسم لها، بل من دون أن تنظر إليها. وعلى الرغم من احمرار وجهها، فإنها لم تبد الابتسامة العصبية، أو أي تعبيرات وجه أخرى للارتباك. وبناء على ذلك، فيمكننا أن نتصور أن تلك السيدة كانت تشعر بانفعال آخر مختلف عن الارتباك، ربما يكون الخزي مثلا. وربما حدث هذا المظهر الخارجي (الذي لا يحوي من علامات الارتباك سوى احمرار الوجه)، لأن السيدة كانت في حالها ولم تتفاعل أبدا مع أي شخص آخر. وكذلك فمن الممكن أن نحلل مأزقها هذا، باعتباره خوفا من أمور ذات صلة بالسلعة التي تشتريها. فالسيدة ليست في موقف يجعلها تشعر بأي تهديد أو خطر من أنها يمكن أن تقيم سلبيا من الآخرين أو أنها غير مهذبة، كذلك فليس هناك أي شيء يدعو إلى الدهشة، أو أي خطأ في سلوكها الاجتماعي. فارتباكها هنا مرتبط بإدراكها أنها «مكشوفة أو عارية»، وأن ثمة اختراقا لخصوصيتها الجسدية. وهذا هو ما أدى إلى وجود مظاهر خارجية مختلفة تشير إلى انفعالات مختلفة، كلها متعلقة بالشعور بتهديد الذات أو الهوية الشخصية. وسوف نولي هذه الجزئية مزيدا من الاهتمام عند حديثنا عن احمرار الوجه في الجزء التالي.

احمرار الوجه (احمرار الجلد) Blushing

يعد احمرار الوجه استجابة شائعة تحدث للكثيرين في أي موقف اجتماعي يشهد نوعا من الخلل والاضطراب، خصوصا تلك المواقف التي يقع الفرد فيها في خطأ غير مقصود. وعلى رغم تأكيد البعض (Buss, 1980) أن احمرار الوجه هو العلامة المميزة للارتباك، فإن ثمة قدرا كبيرا من الاختلاف بين الباحثين بشأن حدوثه كاستجابة للفرد في انفعالات أخرى تنتابه بسبب شعوره الزائد بذاته، وتركيزه الشديد على مراقبة تصرفاته في أثناء

تفاعله الاجتماعي. فالبعض (Keltner & Buswell, 1997) لا يعتبر احمرار الوجه جزءا أساسيا من المظهر الخارجي للارتباك، لأنه يحدث دائما متأخرا مدة تتراوح بين ١٥ و٢٠ ثانية بعد الواقعة التي أدت إلى الارتباك، في حين أن الاستجابات الأخرى والتي تأخذ عادة نمطا محددا هو: تجنب النظر ← الابتسامة ← ضبط الابتسامة والتحكم فيها ← ابتسامة، تحدث فور تفجر الحدث المربك، أو تالية له بمدة لا تزيد على خمس ثوان. إذن، فالفرد يمكن أن يرتبك من دون أن يحمر وجهه، كذلك فإن احمرار الوجه يحدث مع انفعالات أخرى غير الارتباك. وعلى الجانب الآخر، فإن تجنب النظر إلى الآخر والابتسامة العصبية المرتبكة عادة ما يصاحبهما احمرار للوجه، في حين أن العكس ليس صحيحا، فقد يحدث احمرار للوجه، من دون حدوث لأي من هاتين الاستجابتين.

وقد افترض بعض الباحثين (Buss, 1980; Edelmann, 1987) أن احمرار الوجه ربما يكون خاصية مميزة للارتباك، وليس للخزي. لكن البعض الآخر (Keltner & Harker, 1998, p. 78) أشار إلى أن الخزي يتضمن احمرارا للوجه. أضف إلى ذلك، أن المشاركين في الدراسة السابقة أفادوا بأن وجوههم تحمر عندما يشعرون بالخجل. وعندما وصف أحدهم موقفا من تلك التي يقول إنه شعر فيها بالخجل كتب يقول: «شعرت بقدر من الترنح والاهتزاز، وبسخونة تسري في جسدي، وأن وجهي احمر تماما، وفي لحظات معينة كنت أشعر بأن عيون الآخرين ونظراتهم إليّ كأنها سهام تخترق جسدي».

وقررت نسبة كبيرة من الأفراد المشاركين في مسح «ستانفورد للخجل» أن احمرار الوجه كان جزءا من خجلهم (Zimbardo et al., 1974). كذلك ففي دراسة عن مفاهيم الأطفال وتصوراتهم للخجل (Cozier, 1995) كانت تقدم للطفل كلمة أو عبارة ما (كمثير) ويطلب منه أن يذكر أول ما يرد إلى ذهنه بمجرد سماعه لهذه الكلمة أو العبارة. وتبين أن معظم

استجابات الأطفال لعبارتي «احمرار الوجه» و«أصبح أحمر اللون» كانت عبارة «عندما شعر بالخجل». كذلك فقد قام كروزير (Crozier, 1999) بمقابلات مع عينة من الراشدين دار مضمونها حول تأثير الخجل في توافقهم في الجامعة. وتبين من تحليل مضمون تلك المقابلات التكرار الكثير لعبارة «احمرار الوجه»، وخصوصا عند حديث الفرد عن موقف ارتفع فيه شعوره بالذات.

وعلى الرغم من تلك النتائج، فالدليل ضعيف على أن احمرار الوجه هو استجابة نمطية للخجل، بينما توجد دلائل قوية على أنه استجابة نمطية وخاصية مميزة للارتباك. ففي الدراسة الحضارية المقارنة التي قام بها أديلمان (Edelmann, 1990a) اعتبر كثيرا من الأفراد أن احمرار الوجه هو عرض للارتباك، إذ تراوحت نسبة من قرروا ذلك بـ ٢٣٪ من أفراد العينة الإسبانية، و٥٥٪ من أفراد العينة البريطانية. وكذلك ذكر الأفراد أن ارتفاع درجة حرارة الجسم هي أيضا أحد أعراض الارتباك، وتراوحت نسبة من قرروا ذلك بين ٤٪ لدى الإيطاليين، و٢٥٪ لدى الإسبان.

وإضافة إلى هذا التضارب في النتائج، ثمة مشكلتان أخريان تتعلقان باحمرار الوجه، الأولى هي علاقته بالقلق، والثانية هي حدوثه للفرد في مواقف اجتماعية لا يكون فيها موضع انتباه الآخرين، ولا يسعى إلى ذلك.

الأسس الفسيولوجية لاحمرار الوجه

إن احمرار الوجه، وما يصاحبه من ارتفاع درجة حرارة الجلد يحدثان بسبب زيادة تدفق الدم في «الأوعية الدموية تحت الجلد» Subcutaneous capillaries، والتي تقع تحت الجلد في مناطق الوجه والرقبة والجزء الأعلى من الصدر. وتعتمد الحيوانات عديمة الشعر مثلنا في تكيفها مع التغييرات الخارجية في درجة الحرارة، على

وجود الدم دائما تحت الجلد مباشرة، وخصوصا في مناطق الوجه واليدين والقدمين، لتظل محتفظة بدرجة حرارة جسمها. ويتم تنظيم هذا التدفق في الدم، والتحكم فيه، عن طريق مراكز في الهيبوثلاموس، هي نفسها المسؤولة أيضا عن ضبط درجة حرارة الجسم. وعندما ترتفع درجة حرارة الجسم نتيجة لبذل الفرد مجهودا بدنيا على سبيل المثال، فإن الأوعية الدموية تتسع (وهي عملية تسمى توسيع الأوعية الدموية Vasodilation)، وتنتقل كمية كبيرة من الدم إلى المناطق القريبة من سطح الجلد مؤدية إلى تبريد الدم، وبالتالي خفض درجة حرارة الجسم. أما عند الحاجة إلى رفع حرارة الجسم، فإن الأوعية الدموية تضيق (وهي عملية تسمى تضييق الأوعية الدموية Vasoconstriction)، وبالتالي لا يصل إلى الجلد إلا كمية قليلة من الدم. وربما يكون الوجه هو المنطقة الأولى والأساسية للاحمرار نظرا إلى الكثافة الشديدة للأوعية الدموية فيه، بالإضافة إلى أن جلد الوجه أرق وأقل سمكا من الجلد في مناطق الجسم الأخرى. أضف إلى ذلك، الوجود المكثف لمستقبلات «بيتا الأدرينالينية» Beta-adrenergic في الأوعية الدموية في الوجه، وهو ما سنوضح أهميته ودلالاته في موضع تالٍ.

أما عن الميكانزمات العصبية/ البيولوجية المتضمنة في احمرار الوجه، فمازالت غير واضحة بالقدر الكافي. وما يزيد الموقف تعقيدا وصعوبة، ما تبين من أن احمرار الوجه يحدث لأسباب كثيرة مثل تأثير تعاطي الكحول وغيره من العقاقير، وعند انقطاع الطمث للإناث، ونتيجة لبعض الأورام. فلقد تبين أن ٥٠٪ من الإناث يعانين بعد انقطاع الدورة الشهرية من احمرار الوجه (بالإضافة إلى الإحساس بالسخونة Hot flushes)، ويرتبط هذا بزيادة تدفق الدم وزيادة تمدد الأوعية الدموية التالي للقيام بمجهود بدني أو ذهني (Stein & Bouwer, 1997)، وكذلك فمن التبسيط المخل أن نقول إن هناك شكلا واحدا لاحمرار الوجه.

فقد ميز بعض الباحثين (Leary & Kowalski, 1995, p. 150) بين نوعين من احمرار الوجه، الأول هو الاحمرار التقليدي أو المربك Classic or Embarrassed والثاني هو الاحمرار المتدرج أو الزاحف Creeping وفيه يحدث الاحمرار وينتشر ببطء، ويستغرق ذلك وقتا ربما يصل إلى عدة دقائق، ويأخذ شكل اللطع أو اللطخات الحمراء في بعض أجزاء الوجه وليس في كل الوجه. وقد لاحظت أن بعض الناس يبدأ في ممارسة نشاط ما، ويستمر في ذلك بشكل عادي جدا، ومن دون أن يظهر لديه أي احمرار للوجه، ويكون الفرد في ممارسته لهذا النشاط في بؤرة انتباه الآخرين واهتماماتهم، أي في موقف يحتمل كثيرا أن يكون سببا للارتباك، كأن يتولى الفرد إدارة مؤتمر أو جلسة علمية، أو يؤدي نشاطا معينا على آلة أمام جمع غفير من الناس، ثم بعد نحول ٢٠ دقيقة يبدأ الاحمرار الذي يزحف تدريجيا من منطقة الرقبة في اتجاه الوجه. ولسوء الحظ، لا توجد أي دراسات عن ملابسات ظهور نمط بعينه من الاحمرار، أو عن متى وكيف ولماذا تظهر الأنماط المختلفة من الاحمرار.

ولقد خضعت التغييرات في لون الجلد وفي درجة حرارته ودورهما في الارتباك للفحص التجريبي في كثير من الدراسات. وفي إحدى تلك الدراسات (Shearn et al., 1990) شاهد كل فرد من أفراد المجموعة التجريبية من عينة الدراسة شريط فيديو يتوقع أن يثير ارتباكه (تسجيلا له وهو يغني)، في حين شاهد كل فرد من أفراد العينة الضابطة شريطا محايدا لمشهد من أحد الأفلام يفترض أنه لا يثير أي ارتباك، ولم يكن الفرد - سواء في المجموعة التجريبية أو الضابطة - يشاهد الشريط منفردا، بل وسط مجموعة من الغرباء. وتم قياس بعض المؤشرات الفسيولوجية للأفراد في المجموعتين، حيث تم قياس احمرار الجلد بوساطة جهاز خاص بذلك هو الـ Photoplethysmograph، وهو يكون متصلا بخد الفرد وأذنه.

وتقاس درجة حرارة الجلد والمقاومة الكهربائية له بوساطة أقطاب كهربية متصلة بأصابع الفرد. وأشارت النتائج إلى أن كلا من احمرار الخد والأذن والنشاط الكهربي للجلد كان أعلى جوهريا لدى أفراد المجموعة التجريبية، وتبين كذلك أن هناك زيادة في درجة حرارة وجوههم، وإن كان ذلك يتأثر جوهريا بجنس الفرد (ذكورا وإناثا)، إذ كانت تلك الزيادة كبيرة لدى الإناث مقارنة بمثيلتها لدى الذكور، وإن كانت لدى الجنسين أعلى منها لدى العينة الضابطة.

وقد كشف التحليل المفصل لوقت حدوث تلك الاستجابات والزمن الذي تستغرقه عن أن العلامات الخارجية الظاهرة الدالة على الاحمرار، مقدرة بمدى قدرة الملاحظين على رؤيتها بالعين المجردة ووضوحها على وجوه الأفراد في تسجيلات الفيديو، تحدث متزامنة تماما مع أقصى درجة للاحمرار يسجلها الجهاز، ولكنها لا تتزامن مع حدوث أقصى درجة لحرارة الوجه، إذ تبين أن وصول الوجه إلى أقصى درجات حرارته يحدث بعد ثوان قليلة من وصوله إلى أقصى درجات احمراره. وقد علق الباحثون الذين أجروا تلك الدراسة على ذلك، بقولهم: «إننا نعتقد أن إدراك الفرد احمرار وجهه يحدث نتيجة إحساسه بارتفاع درجة حرارة وجهه، وليس لمجرد زيادة تدفق الدم إليه لصعوبة قياس هذا التدفق عمليا. وإذا كان الأمر كذلك، فإن الآخرين يرون احمرار وجوهنا قبل أن نكتشفه وندركه نحن. وبالطبع، فإن إدراك الفرد احمرار وجهه، سوف يؤدي به إلى مزيد من الاحمرار».

إن تلك النتائج لا تتسق مع بعض نظريات الارتباك التي تفترض أن الارتباك هو شكل من القلق الاجتماعي، يحدث فقط كرد فعل من الفرد للصعوبات والقلاقل الاجتماعية ذات الصلة المباشرة بشعوره بذاته، ولا علاقة له (الارتباك) بزيادة نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي. وهناك ما يشير إلى أن احمرار الوجه يرتبط بانخفاض معدل ضربات القلب في المواقف المربكة (Keltner & Buswell, 1997). وهو ما يعني انخفاضا في

نشاط الجهاز السمبثاوي وزيادة في نشاط الجهاز الباراسمبثاوي. وكذلك خلص البعض (Stein & Bouwer, 1997) إلى أن احمرار الوجه عادة ما يصاحبه انخفاض في معدل ضربات القلب وانخفاض مماثل في معدل ضغط الدم. لكن دراسات أخرى (Cutlip & Leary, 1993) خلصت إلى أنه عندما تكون واقعة الارتباك غير متوقعة بالمرة، فيؤدي حدوثها إلى زيادة في كل من معدل ضربات القلب وضغط الدم، بينما لا تحدث تلك الزيادة إذا كان لدى الفرد توقع بإمكان حدوث الموقف المربك.

وتشير بعض الدراسات إلى أن احمرار الوجه يوجه وفقا لنشاط الجهاز العصبي السمبثاوي، وليس لنشاط الجهاز الباراسمبثاوي، وذلك على أساس أن الاستثارة السمبثاوية لمستقبلات بيتا الأدرينالية Beta-adrenergic تؤدي إلى توسيع الأوعية الدموية، ومن الثابت أن هناك عددا كبيرا من تلك المستقبلات في الأوعية الدموية في الوجه. وعلى الرغم من أن انتشار «النورإبينيفرين» Norepinephrine يؤدي إلى ضيق الأوعية الدموية، فإن المستويات المنخفضة منه تؤدي إلى توسيع تلك الأوعية. ولقد خضعت بعض دلالات تلك النتائج الفسيولوجية للدراسة الإمبريقية. فقد خلص بعض الباحثين (Drummond, 1989) إلى أن احمرار الوجه كاستجابة لموقف مربك يحدث لدى الأفراد الذين يعانون من عطب في المسار السمبثاوي للوجه، وإن كان هذا الاحمرار لا يحدث في الوجه كله، بل فقط في المنطقة غير المتأثرة بهذه الإصابة. وكذلك فقد سعى دروموند (Drummond, 1997) إلى معرفة أثر إعاقة عمل مستقبلات بيتا الأدرينالينية Beta-adrenergic للأوعية الدموية في أحد جانبي الجبهة، وذلك بالاستخدام الموضعي لأحد العقاقير التي توقف عمل مستقبلات بيتا Antagonistic (وهو عقار البروبرانولول Propranolol وهو عقار موضعي وقتي التأثير لا يدوم مفعوله إلا لأقل من ساعة). وقد تم اختيار أفراد العينة بناء على درجاتهم على أحد الاستبيانات التي تقيس مدى ميل الفرد ونزوعه إلى احمرار الوجه، ثم خضع كل فرد في العينة بعد ذلك للقيام بمهمتين، الأولى هي غناء إحدى الأغنيات التي يقلد

من خلالها أصوات بعض الحيوانات، والثانية هي مهمة عقلية شملت حل عدد من المسائل الحسابية في ظل ظروف ضاغطة. وقد تبين أن العقار الموضعي المستخدم قد خفض (ولكنه لم يمنع تماما) من اندفاع الدم إلى منطقة الجبهة في أثناء موقف الغناء، وقد حدث ذلك لكل الأفراد، سواء المرتفعون في الميل إلى احمرار الوجه أو المنخفضون في ذلك. وكذلك فقد خفض من تدفق الدم إلى منطقة الجبهة في أثناء موقف حل المسائل الحسابية، ولكن لدى المنخفضين فقط في الميل إلى احمرار الوجه. أما بالنسبة إلى المرتفعين، فقد أدى إلى ثبات معدل تدفق الدم وعدم زيادته خلال ممارستهم هذا النشاط العقلي. لكنه تبين أن إعاقة عمل مستقبلات بيتا الأدرينالينية، لم يكن له أي تأثير في استجابات تدفق الدم في موقفين آخرين، الأول عند ممارسة الأفراد مجهودا بدنيا شاقا على الدراجة الرياضية، والآخر عندما كان الأفراد موضعا للمعالجة الحرارية Heat treatment.

وتوضح تلك النتائج أن أسباب الاحمرار معقدة، وأن ثمة دورا صغيرا، ولكنه مؤثر، لنشاط الجهاز العصبي السمبثاوي في حدوث هذه الظاهرة. ومن المؤكد أننا إذا أخذنا في الاعتبار القياسات والمؤشرات الأخرى المتعددة لنشاط الجهاز العصبي كله، وعلاقة كل ذلك بالاحمرار، فإن الأمر سوف يصبح أكثر تعقيدا، ويكشف عن مزيد من التضارب والتخبط، حيث سنواجه بكثير من المتغيرات التي سوف تؤثر في الموقف وتشوش على صحة القياسات والنتائج، ومن أهمها التقلبات والتموجات الوقتية في كل من الحالة المزاجية والفسيولوجية للأفراد موضع الدراسة. أضف إلى ذلك أن مفهوم الناس وتصوراتهم عن الاحمرار وأسبابه ودلالاته مازالت غامضة، ومن ثم فإن التصورات والمعتقدات الخاصة عن الاحمرار (وأيضا عن الارتباك) سوف تلقي بظلالها وتعكس لنا حالات نفسية متعددة ومختلفة، ومن ثم أنماطا مختلفة ومتعددة من الاستجابات الفسيولوجية. وما يزيد الموقف تعقيدا الفروق الفردية الشديدة في فهم وتفسير دلالات الموقف

الاجتماعي الواحد. وعلى سبيل المثال، فقد لاحظ «شيرن وزملاؤه» (Shearn et al., 1990) في دراستهم، السابقة الإشارة إليها، أن إحدى المشاركات في الدراسة قد غنت النشيد الوطني الأمريكي، من دون أن تبدي أي علامة على الاحمرار، وبدت وكأنها مغنية محترفة ومتمرسة تماما على الغناء، أمام جمهور كبير، لكن وجهها يحمر تماما إذا غنت شيئا آخر، وهو ما يعني اختلاف نمط الاستجابة الفسيولوجية على رغم قيام الفرد بذات السلوك (الغناء).

الواضح - إذن - أن الاحمرار ليس مجرد استجابة تعبر عن القلق، بل يبدو أنه يتضمن مزيجا معقدا من نشاط كل من الجهازين العصبيين السمبثاوي والباراسمبثاوي. ومن الواضح أننا مازلنا في حاجة إلى معرفة الكثير حتى نفهم ديناميات عملية احمرار الوجه. فنحن لا نعرف على وجه الدقة دور كل من هذين الجهازين في المواقف المثيرة لاحمرار الوجه، وهل يختلف دور وتأثير كل منهما في عملية الاحمرار من موقف إلى آخر. وكذلك فإن توقيت حدوث استجابات الفرد أمر حاسم في هذا الشأن، فالموقف المربك لفرد ما، ربما يؤدي أول ما يؤدي إلى استثارة أي استجابة سمبثاوية، لكن ذلك قد يعاق بزيادة من نشاط الجهاز الباراسمبثاوي في اللحظة التي يكون الفرد فيها بصدد اختيار الاستجابة الملائمة للموقف. ومعنى ذلك أن الأحداث المربكة لا تستثير مباشرة، وفي لحظة واحدة، برنامجا كاملا من الاستجابات يخضع لأي من الجهازين السمبثاوي والباراسمبثاوي. ويتسق هذا مع الرأي الذي يقول: «إن الارتباك هو نتيجة عدم يقين الفرد بما يجب أن يفعله، فيما يواجهه من ظروف تشكل تهديدا لذاته وكيانه الشخصي، وليس - أي الارتباك - علامة على الشعور بالخطر من تهديد مادي أو بدني».

ولسوء الحظ، فإن الدراسات التي اهتمت بالجهاز العصبي الباراسمبثاوي أقل كثيرا من تلك التي اهتمت بالجهاز السمبثاوي، ومن ثم لا تتوافر دراسات يمكننا مقارنة نتائجها بتلك التي خُصصت لانفعالي الخوف والقلق.

احمرار الوجه والانكشاف (التعرية النفسية) Conspicuousness

مشكلة أخرى تواجه نظريات احمرار الوجه، وهي أن احمرار وجه الفرد يجعله بارزا منكشفا واضحا للآخرين. فالاستجابات الأخرى المكونة للمظهر الخارجي للارتباك - مثل تجنب النظر إلى الآخر وضبط الابتسامة ومحاولة السيطرة عليها وتنكيس الرأس - تعمل كلها في اتجاه الاختفاء والتستر، وليس جذب انتباه الآخرين، وهو ما يفعله احمرار الوجه. والطبيعي هو نفور الشخص المرتبك ورفضه لأن يكون موضع انتباه الآخرين، بل إن جذب انتباه الآخر هو آخر ما يرغب فيه المرتبك، لأن ذلك يؤدي إلى زيادة ارتباكه. ومثال ذلك حينما كنت طالبا أدرس منهجا في علم النفس الارتقائي تضمن موضوعا عن الارتقاء الجنسي، وكنا مجموعة كبيرة من الطلبة والطالبات، وعندما بدأ المحاضر في مناقشة موضوع العادة السرية Masturbation لاحظنا أن أحد زملائنا قد تحول وجهه إلى اللون الأحمر الفاقع، وبعد قليل بدا عليه كثير من مظاهر الضيق والتوتر. لم أكن متأكدا من سبب احمرار وجهه. وربما لا يكون الوحيد الذي حدث له ذلك، وخصوصا أنه في تلك الأيام لم يكن هذا الموضوع من الموضوعات المعتادة مناقشتها مناقشة علمية جادة وعلنية بحضور مئات الطلبة من الذكور والإناث. لقد كان هذا الزميل مثالا نموذجيا للفرد الذي يكون احمرار وجهه ظاهرا جليا للجميع.

وبصرف النظر عن السبب المحدد لاحمرار «وجه صاحبنا»، فإن هذا الاحمرار هو استجابة يرغب تماما في إخفائها بأي ثمن، لأنها تعطي انطباعا بأنه يشعر بالذنب. هذا فضلا عن أن وعيه بأنه من الممكن أن يُرى على هذا النحو يؤدي - في حد ذاته - إلى زيادة ارتباكه وزيادة احمرار وجهه. فهذا الموقف يتضمن ارتباك أحد الأفراد أمام الجميع بسبب مناقشة موضوع يعتبره كثيرون من المحظورات Taboo. وعادة ما يكون الحديث في مثل تلك الموضوعات سببا لاحمرار وجوه الكثيرين، وبخاصة أولئك الذين

يحـرصـون على أن يبـدوا مـحـتـشـمين في تلك المواقف، أو أولئك الذين ربمـا لا يسـمح لهم وضـعـهـم الاجـتـمـاعي بالحـديث في تلك المحظورات أمام جمع من الناس.

وكذلك، من الممكن أن يحدث الشعور «بالتعرية النفسيـة»، حينما يتطرق الحديث إلى معلومة شخصية أو حساسة أو لأمر يريد الفرد أن يظل خـافيـا عن الآخـرين. وفي إحـدى الروايات يصـور الكاتب مـوقفـا لزوج وزوجته بينهما قدر من الاختلاف والشد والجذب، وقد ذهبا إلى إحدى الحفلات. وإذا بالزوج يرقص طوال الحفل مع امرأة أخرى تاركا زوجته، إذ أراد أن يضايقها بسبب تصوره أنها تولي انتباهها لرجل آخر في الحفل. وإذا بالزوجة تقول له أمام الجميع «أنت رجل سخيف جدا وغير مهذب، هل تريدني أن أرقص مع رجل آخر حتى يخلو لك الجو وتستمـر في الرقص مع تلك السيـدة». إنهـا بذلك قد كشـفت ما يريد إخفاءه، ومن ثم فقد احمر وجهه تماما. وعلى ذلك فإن احمرار وجه الزوج هنا حدث بسبب أن رغبته «الخفيـة» أصبحت مكشوفة مفضوحة للجميع وحدثت له تعرية نفسية. وعلى الرغم من أنه قد حاول أن ينفي ما كشفته زوجته، فإن احمـرار وجهه جعل من الصعب عليه أن يفعل ذلك. فلو لم يكن وجـهـه قد تحـول إلى اللون الأحـمـر لكان من السـهل عليه أن يدافع عن نفسـه. وتبعـا للرواية، فقد حاول الزوج تهدئة الموقف والهروب من مأزقه وتحويل الموقف إلى دعابة ومزاح، غير أن محاولته تلك أدت إلى مـزيد من التفـاقم، وأصبـحت حـالته أكثـر سـوءا، وازداد احمرار وجهه، وخرج من الحفل متجهما مرتبكا.

وتقدم لنا كاتبة أخرى مثالا آخر لذلك. فقد حملت بطلة روايتها سفـاحـا، وهجـرت أسـرتهـا وبلدتهـا، وحـافظت على سـرهـا وولدت سـرا، وادعت بعد ذلك أنها أرملة. غيـر أنه منذ ذلك الحين، كان أي حـديث لهـا مع أي شـخص آخـر يتضـمن أي إشـارات أو كلمـات - مـهـمـا كـانت بسيطة أو عـارضـة - عن حـالتهـا الزواجيـة أو عـمـر ابنـهـا وأحـواله، كان يسبب لها احمرارا شديدا في الوجه.

وتتسق فكرة أن احمرار الوجه، يرتبط بشعور الفرد بالتهديد من انكشاف أو افتضاح أمر شخصي أو حساس بالنسبة إليه، مع ما تؤكد عليه إحدى النظريات الأساسية من القلق الاجتماعي، وهي نظرية تقديم الذات. وقد خلص البعض (Cutlip & Leary, 1993) إلى أن الاحمرار يحدث عندما يجد الفرد نفسه موضعا لانتباه الآخرين، حين لا يكون راغبا في هذا الانتباه. ولا تعني رغبة الفرد في ألا يكون منكشفا للآخرين أن ما يريد إخفاءه وعدم كشفه هو بالضرورة شيء سيئ أو أمر محرم أو مستحق للوم، بل ربما يكون أمرا إيجابيا لا غبار عليه. وعلى سبيل المثال، فالفتاة الصغيرة ربما ترتبك، ويحمر وجهها، عندما يكشف أحد أقرانها عن أنها في طريقها إلى الزواج، أو أنها حامل. فعلى رغم أنها سعيدة بهذا الزواج أو بهذا الحمل، فإنها ربما لا ترغب في هذا الانكشاف، لأنها - ببساطة - ربما تعتقد أنه يتم في توقيت أو في مكان غير ملائم. ولن يحمر وجه تلك الفتاة فقط عندما يسألها أحدهم بشكل صريح ومباشر عن تلك الأمور الشخصية ، بل يحمر وجهها أيضا عند سماعها أي حديث يدور حول الزفاف، أو الأمومة بشكل عام، وليس عنها هي شخصيا.

غير أن تلك الافتراضات تتعارض مع التفسير التقليدي لاحمرار الوجه، الذي قدمه «دارون» Darwin. فعلى الرغم من أن دارون قد أشار إلى أن الانتباه للذات Self attention يسبب الاحمرار فإنه أكد كذلك أنه يحدث بسبب احتمال التقييم السلبي للفرد من الآخرين. فقد قال دارون: عندما نفترض أن الآخرين ينتقصون من قدر مظهرنا الخارجي ويقللون من شأنه، فإن انتباهنا يتحول وبقوة تجاه أنفسنا، وبشكل خاص تجاه وجوهنا. وعندما نتصور أن أحدا يوجه اللوم - حتى ولو في السر وبشكل غير علني - إلى أدائنا أو أفكارنا أو شخصيتنا، فإننا نحول انتباهنا بقوة تجاه أنفسنا. وهذا ما نفعله أيضا حينما يفرط الآخرون في مدحنا والإطراء علينا (Darwin, 1872/1965,p.344) فعلى الرغم من أن دارون يربط بين الاحمرار والتقييم السلبي للفرد من

الآخـريـن، ويؤكـد كـثـيـرا علـى ذلك، فـإنـه عـدل وخـفـف مـن هـذا التأكيد، وذلك حينما أشار إلى أن زيادة المدح والإطراء يعتبر أيضا أحد أسباب احمرار الوجه.

الوظيفة التواصلية لاحمرار الوجه Blushing as communication

لاحظنا في مناقشتنا للارتباك أن الفرد يمكن أن يرتبك، ويمكن أن يحمر وجهه، حتى لو لم يكن هو المسؤول عما أصاب موقف التفاعل الاجتماعي من انهيار واضطراب.

غير أن ذلك لا يفسر لنا الارتباط الذي نراه بين رغبة الفرد وحرصه على أن يظل أمر ما يخصه سرا خافيا عن الآخرين، وتلك الاستجابة (احمرار وجهه) التي ستزيد من احتمال أن يكون موضع انتباه الآخرين، أو لماذا تحدث تلك الاستجابة «الكاشفة» ملازمة لاستجابات أخرى يهدف الفرد من ورائها إلى أن يكون أقل انكشافا، وأبعد ما يكون عن عيون الآخرين وانتباههم، ومن ثم شعوره بالتعرية النفسية. وقدم بعض الباحثين (Castelfranchi & Poggi, 1990) إجابة عن هذا السؤال، تفترض أن احمرار الوجه ليس مجرد مظهر تعبيري، بل له أيضا وظيفة تواصلية. وبشكل محدد فاحمرار الوجه هو رسالة من الفرد إلى الآخرين بأنه حساس لأحكامهم ومقدر لها، ويشاطرهم قيمهم، ويعتذر عما بدر منه وأدى إلى خلل وانهيار في موقف التفاعل الاجتماعي. ومعنى هذا أن احمرار الوجه ليس مجرد استجابة سلبية لا دور لها، بل هو استجابة فاعلة ومؤثرة في العديد من المواقف الاجتماعية. فهو يقلل من الاستجابات العدوانية من الآخرين تجاه التصرف المربك الذي قام به الفرد، و يجعلهم أكثر تسامحا معه. فالفرد إذا قام بتصرف خاطئ أو أبدى تعليقا فجا غير ملائم، ثم احمر وجهه، فتلك رسالة إلى الآخر بأنه فعل ذلك من دون قصد، وبالتالي لن يستجيب الآخر لذلك بالعدوان. أما إذا أخطأ الفرد ولم يحمر وجهه، فسوف يبدو للآخر غيرَ مكترث بما فعل ولا بالآخرين، وشخصا متبجحا لا يبدي ندما عما سببه للآخرين من ضرر.

غير أن أحد الاعتراضات الجوهرية على هذا التصور هو أن احمرار الوجه استجابة لا إرادية، ولا يمكن للفرد التحكم فيها، ومن ثم فهو ليس عنصرا من عناصر استراتيجية الفرد لتقديم ذاته، وذلك لأن مفهوم الاستراتيجية يتضمن عناصر عمدية مخططا لها، واختيارات محددة من الفرد لما سوف يفعله ليحقق هدفا محددا. فعلى الرغم من أن احمرار الوجه يبدو مشابها لكل من الاعتذار وطلب عدم المؤاخذة، من حيث آثار ونتائج كل منها، فإنه يختلف عنهما فيما يتعلق بمسألة التعمد والتحكم. فهما إراديان، وهو غير إرادي. ومع ذلك فقد اتخذ بعض الباحثين (المرجع السابق) موقفا مناقضا لهذا الاعتراض، وأشاروا إلى أن الطبيعة اللاإرادية لاحمرار الوجه تكسبه قوة، وتجعل منه رسالة تواصلية أكثر تأثيرا ومفعولا، وإشارة قوية من الفرد لرغبة في التهدئة والتسكين. وذلك لسبب بسيط هو أن احمرار الوجه سيكون رسالة صادقة لا زيف فيها وتدل على أسف حقيقي من الفرد، وبالتالي سيكون أكثر إقناعا للآخرين بأنه صادق في تعبيره عن أسفه. لذا يُعتَقد أنه إذا حدث الاحمرار في الوقت المناسب، فسوف يكون إشارة صادقة وحقيقية ودليلا على الشعور الحقيقي لدى الفرد بخصوص ما قام به من تصرف غير مناسب للموقف. وعلى الجانب الآخر، يمكن للفرد أن يتعلم متى وأين يعطي انطباعات خارجية مثل حركات للرأس والعينين، تجعله يبدو للآخرين على أنه مرتبك ونادم على ما فعل، ويصدر تلك الاستجابات في الوقت الذي يريده هو، ومن ثم فلا يوجد دليل على صدقها، لأنها لا تأتي ملازمة لانفعال داخلي. أما المظاهر الخارجية الأخرى مثل تنكيس الرأس والنظر إلى الأرض، فمن الممكن أن تكون مجرد اعتراف شكلي بالخزي، وخصوصا عندما لا يصاحبها انفعال حقيقي يشعر به الفرد، بل من الممكن أن يبديها الفرد على سبيل المراوغة والخداع ليختبر بها ردود أفعال الآخرين واستجاباتهم له.

تبقى مسألة قصدية الفرد وتعمدية تحقيق أهداف وفوائد محددة من احمرار وجهه. فصحيح أن الفرد يستفيد من احمرار وجهه، باعتبار أن ذلك دليل على اعترافه وأسفه لما بدر منه، ومن ثم يبدو للآخرين أنه

شخص مهذب ودمث الخلق وغير مكابر أو متبجح، وصحيح أنه مفيد أيضا للآخرين الموجودين، ويقوم بوظيفة إيجابية بالنسبة إليهم هي أنه رسالة من الآخر تؤكد لهم أنه يشابههم في قيمهم و معتقداتهم عن التصرفات المقبولة، وهو ما يسمح لهم بتأويل تصرف هذا الشخص بطريقة لا تتطلب تدخلا علاجيا من جانبهم. ولكن على الرغم من أن احمرار الوجه يحقق كل تلك الفوائد، فإنه من الصعب فهمه واعتباره رسالة مقصودة من الفرد للآخر كجزء من تقديمه ذاته له. فالواقع، أن أهداف الفرد من تقديمه ذاته يمكن تحقيقها بكفاءة أكثر إذا أخفى الفرد ارتباكه وخزيه، بل إنه في كثير من المواقف ربما يؤدي الاحمرار إلى الإطاحة بكل تلك الأهداف، ويؤدي إلى تقديم الذات بشكل سيئ يضر بالفرد ويصيبه بالأذى. وعلى سبيل المثال، فالفرد عندما يواجه باتهام زائف، فلا يجب أبدا أن يجوز وجهه وهو يدافع عن نفسه. وكذلك، فإذا كان يرغب في الاحتفاظ بسر ما، فلا يجوز أبدا أن يحمر وجهه عند أي تلميح عفوي عنه يرد في كلام الآخرين. والأمر هنا مشابه تماما لما يحدث في انفعال الخوف. فالناس عادة لا ترغب بل، تقاوم ظهور علامات الخوف عليهم عند تقديمهم لذواتهم، ولكن اضطراب أصواتهم وحركات أجسامهم تكشفهم وتطيح بأهدافهم من تقديمهم لذواتهم. فعلامات الخوف لا تعمل كإشارات أو رسائل تواصلية واضحة إلا في ظروف معينة، مثلا للأم لكي تحمي طفلها المذعور، أو للممرضة لتهدئة مريض قلق. فحقيقة أن لتلك العلامات الخارجية فوائدها ومنافعها، سواء للفرد الذي يبديها أو للمستقبلين لها، لا تعني أنها تصدر بغرض التواصل. وقد عرض البعض (المرجع السابق، ص ٢٤٦) لتلك القضية بقولهم: «المؤكد أننا لا نُضمن تعبيرنا عن الخزي أي أهداف تواصلية عمدية، وكذلك فإن المتلقي لن يدرك من تعبيرنا هذا أي أهداف تواصلية عمدية، فتلك الأهداف التواصلية لا وجود لها في أذهان الأفراد في هذا الموقف. ومع ذلك فهي بمنزلة أهداف بديلة أو ثانوية لبعض الوظائف الاجتماعية والبيولوجية، فهي تحقق بعض الفوائد والميزات للجماعة وللفرد».

وبناء على الاقتباس السابق، فإن لاحمرار الوجه وظيفة تواصلية، ولكنها ليست بالضرورة عمدية مقصودة، بل تحدث سواء قصدها الفرد أو لم يقصد. ويظل التساؤل مطروحا حول ما إذا كانت تلك الوظيفة التواصلية ثابتة في كل المواقف، أم أن هناك أنواعا مختلفة من احمرار الوجه، ومن ثم أنواعا مختلفة من الوظائف التواصلية.

إن مأزق السيدة التي كانت تشتري سلعة نسائية شخصية حساسة من أحد المحال، التي عرضنا لها سابقا، يشترك في كثير من الملامح مع المآزق الأخرى التي عرضنا لها في الأمثلة الأخرى (الطالب الجامعي والحديث عن العادة السرية، والرجل وزوجته في الحفل.. إلى آخر الأمثلة التي ذكرناها)، فكلها تشير إلى:

- أن الشخص كان موضع الانتباه.
- أن ثمة شيئا كان مستورا مختفيا، ثم انكشف وأصبح مشاعا.
- أن ذلك عادة ما يحدث في مواقف متعلقة بالجنس أو بأجزاء حساسة من الجسم.
- أن الدافع الخفي المستور (الدافع الحقيقي للفرد) قد تم استنتاجه أو الاقتراب منه والتلميح به.
- أن الفرد يجد صعوبة في معرفة كيف يواجه هذا الانكشاف أو التعرية النفسية التي حدثت له.

وليس معنى ذلك أن تلك الظروف على وجه الحصر هي فقط التي تستثير احمرار الوجه، ولكنها تميز كثيرا من المواقف التي عادة ما يحدث فيها هذا الاحمرار. أما عن الحالة الفسيولوجية العامة للفرد، المصاحبة لاحمرار وجهه، فيمكن تصورها على أن الفرد يكون مستثارا، ولكنه عاجز عن أن يفعل شيئا محددا وكأنه ممنوع من ذلك. وربما تؤدي تلك الحالة إلى شكل من التوازن بين الجهازين السمبثاوي والباراسمبثاوي، غير أنه توازن يظل الفرد خلاله معايشا لمستوى مرتفع من الاستثارة والنشاط، مقارنة بحالته عند الراحة أو في ظروفه العادية، حيث يتطلب الأمر منه الاستمرار في السعي إلى التوافق مع مقتضيات الموقف.

إننا لانزال في حاجة إلى اكتشاف العوامل ذات الخصائص السببية المسؤولة عن عملية احمرار الوجه. فهل انكشاف أمر ما كان الفرد يحرص على أن يظل مستورا، أو المواقف المتضمنة لدلالات ومعان جنسية، هما مجرد مثالين للانتباه غير المرغوب فيه. أي لحال يكون الفرد فيها محورا لانتباه الآخرين، وهو غير راغب في ذلك، أم أنهما أساسيان لحدوث احمرار الوجه، ويعتبران عوامل مسببة للاحمرار الذي لا يحدث إلا في وجود أي منهما؟ لا شك في أن كثيرا من المواقف التي تشهد احمرارا للوجه، تنطوي على معان ودلائل جنسية (يحمر وجه بعض الأطفال عندما يسأل الطفل أو الطفلة عما إذا كان له صديقة أو صديق). وأحد التفسيرات التي طرحت لذلك أن الخزي ارتبط باللذة الجنسية منذ سنوات الطفولة، حينما منع الطفل من ملامسة أعضائه الجنسية (Amsterdam & Levitt 1980). وحتى لو كان هذا التفسير الجزئي غير مقنع، فإنه من الواضح أن عمليات التنشئة الاجتماعية تربط في معظم الثقافات بين الخزي والارتباك (وبالتالي احمرار الوجه) من جهة، والسلوك والنشاطات الجنسية من جهة أخرى. وتلك النشاطات الجنسية هي مجرد مثال واحد فقط لأشياء كثيرة يمكن أن نشعر بالخزي بسببها.

ومع ذلك، فمن الممكن أن يحدث احمرار الوجه من دون أن يكون علامة على الشعور بالخزي. فربما يكون في جوهرة وأصله مظهرا خارجيا جنسيا، أي إشارة من طرف لآخر بوعيه أنه موضع اهتمام جنسي لديه، ثم بعد ذلك يرتبط هذا المظهر الخارجي (احمرار الوجه) بمواقف أخرى يكون الفرد فيها مكشوفا، أو موضع انتباه الآخر كأن يكون موضع المدح والإطراء والتكريم المادي أو المعنوي، أو في موقف ارتباك لا يعرف كيف يتصرف فيه. إن هذا الطرح يعني أن الرابطة بين الخزي واحمرار الوجه بسبب تحريم النشاطات الجنسية المعينة تؤدي إلى الربط بين الخزي والاحمرار بسبب النشاطات الجنسية، وليس الربط بين النشاطات الجنسية والاحمرار بسبب الخزي كانفعال محدد. وبمعنى آخر، فإن

الاحمرار هنا أصبح استجابة خارجية ليس لانفعال الخزي في حد ذاته، بل للجانب الجنسي والنشاطات الجنسية. ويبدو أن هذا مجرد تأويل نظري لا يوجد ما يدعمه، غير أنه من الممكن أن يخضع للبحث الإمبريقي، لأنه يعني أن الأفراد في المجتمعات الأكثر تحررا والمتساهلة بشأن الأمور الجنسية، سوف تحمر وجوههم من مواقف الإعجاب والمدح والإطراء والتكريم، وليس عندما يشعرون بالخزي في موقف ما.

ننتقل الآن لتناول العلاقة بين الخجل والارتباك بشكل مباشر ومحدد. وسنعرض لذلك وفقا لمنحيين، يعتبر المنحى الأول أن كلا منهما خبرات انفعالية تظهر من استجابات الأفراد في مواقف اجتماعية معينة. أما المنحى الثاني، فيهتم بما إذا ما كانت سمة الخجل ترتبط بميل الفرد ونزوعه واستعداده للارتباك أم لا.

الارتباك والخجل

انفعالان متمايزان Differential emotions

لايزال افتراض ما إذا كان الخجل والارتباك هما انفعالين متمايزين مختلفين مسألة خلافية غير محسومة، وإن كان ثمة دليل ضعيف على تمايزهما، في الوقت الذي تؤكد فيه بعض النظريات على تشابههما. وسوف نعرض في البداية لإسهام واحد من كبار المنظرين الذين تجمع نظريته بين مفاهيم كل من «فرويد» «وبياجيه» هو سيلفان تومكينس Silvan Tomkins. والواقع أن نظرية هذا الباحث لم تلق الاهتمام الواجب، ربما لأنه عرضها بإسهاب مفرط في أربعة مؤلفات ضخمة (وقد نشر الجزءان الأخيران مختصرين بعد وفاته العام ١٩٩١)، ولم يكن مهتما بالنشر في المجلات الأكاديمية المتخصصة. ويؤكد هذا الباحث أن الوجه هو مكمن الانفعالات.

افترض تومكينس أن هناك عددا قليلا من الانفعالات الأولية تشكل الدوافع الكبرى للسلوك البشري. وأكد أن تلك الانفعالات الأولية هي أساسا ومن المقام الأول سلوكيات وجهية، وأن الوعي بالانفعال يقوم

على أساس الوعي باستجابات الوجه. ويختلف هذا الطرح جذريا مع معظم النظريات الأخرى للانفعال، التي تؤكد على كل من الاستجابات الفسيولوجية والحشوية الداخلية والسلوك الخارج الظاهر. والخزي – الإذلال Shame-humiliation هو أحد الانفعالات الأولية لدى تومكينس، وعلى الرغم من أنه وصفه أيضا بأنه انفعال مساعد أو غير أولي لأنه يحدث في سياق انفعالين آخرين هما الولع – الإثارة Interest-excitement، والاستمتاع – البهجة والسرور Enjoyment-joy. وللخزي مظهره الوجهي المميز والخاص به، الذي يتضمن تنكيس الرأس والعينين واحمرار الوجه. ويقول تومكينس (Tomkins, 1963, p. 133).

«إن ما يسببه الخزي من تحويل لانتباه الفرد وانتباه الآخرين نحو هذا الجزء الظاهر من الذات [الوجه]، يزيد من انكشافه وجلائه، ومن ثم تنشأ معاناة الفرد وعذابه من شعوره بذاته. فاحمرار الوجه في الخزي هو نتيجة، وفي ذات الوقت سبب آخر، لتعميق وزيادة الشعور بالذات والشعور بالوجه».

ويحدث الخزي لأول مرة في حياة الفرد عندما يواجه عائقا يحول بينه وبين التعبير الكامل عن أي من «الولع والبهجة والسرور». وعلى الرغم من أن الخجل والخزي والارتباك انفعالات متماثلة، فإننا «نشعر» بها مختلفة بعضها عن بعض، لأن كلا منها يستثار بظروف متباينة، وله عواقبه ومترتباته المختلفة. فالفرد يخبر الخزي وأيضا الخجل عندما يكون راغبا في إقامة علاقة حميمة مع طرف آخر، ولكنه في الوقت ذاته يدرك أن ثمة ما يعوق قيام تلك الحميمية مباشرة وفي الحال. وقد توجد تلك العوائق لدى الفرد نفسه، أو لدى الطرف الآخر، أو لدى كليهما، أو بسبب طرف ثالث متطفل يزج بنفسه بينهما (Tomkins, 1995, p. 404).

فإثارة الطفل وبهجته وسروره تعاق بواسطة ما يدركه في الآخرين من غربة وعدم ألفة، سواء بدا ذلك في سلوك الأم تجاهه وهي تحاول تربيته وتوجيهه، وخصوصا فيما تبديه من انسحاب أو انخفاض في

درجة حبها له، بالمقارنة بما كانت تغدقه عليه سابقا من دون تحفظ. ويمكن كذلك لتلك الإثارة والبهجة أن تنهار أو تضطرب عند وجود الطفل مع شخص غريب. والخجل الذي انتاب الطفلة عند عودة والدها من الحرب بعد غياب طويل دام سنوات، هو مثال واضح لذلك (انظر الفصل الأول). وكذلك من الممكن أن يصبح الطفل خجولا عندما يحضر إلى المنزل أحد زملاء والديه في العمل، أو أي شخص غريب بالنسبة إليه.

وعلى الرغم من أن نظرية تومكينس ليست مشهورة بالقدر الكافي، فإنها أثرت في نظرية كارول إزارد Carroll Izard في الانفعالات المتمايزة (Abe & Izard, 1999)، إذ تفترض هي أيضا أن هناك عددا قليلا من الانفعالات الأساسية المتمايزة، وأن لكل منها ثلاثة مكونات أحدها هو المكون العصبي الفسيولوجي، وهو نمط محدد ومميز من السلوك التعبيري، تعد استجابات الوجه أحد مكوناته الأساسية. وقد اعتمدت إزارد في تحديده للانفعالات الأساسية على نتائج دراسات تعبيرات الوجه. فانفعال الخزي (الإذلال) يتم التعبير عنه بتجعدات في الجبهة، وضيق في الزوايا الداخلية لجفني العين، وتنكيس للعينين حيث النظر إلى أسفل، أو عدم التركيز على شيء محدد، وتهبط الشفتان، ويضيق جانبا الفم، وينكس الرأس. وتميز تلك التعبيرات الوجهية كلا من الخزي والخجل والارتباك، وكانت كلها واضحة ملحوظة لدى السيدة التي كانت تشتري سلعة نسائية خاصة. ومع ذلك فهناك فروق ظاهراتية Phenomenological بين تلك الانفعالات.

أما النظريات التي تبنت منحنى معرفيا لتصنيف الانفعالات الأساسية، فقد اتجهت للتأكيد على أوجه التشابه بين الخزي والارتباك وأهملت الخجل وتجاهلته. فنظرية التفاوت Discrepancy (Higgins, 1987) تفترض أنه يمكن للانفعالات أن تتمايز وأن نفرق بينها، على أساس نمط التفاوت الذي يوجد بين مفهوم الفرد عن ذاته من جهة، ومعاييره للسلوك من جهة أخرى. ويمكننا تصنيف ذلك

التـفـاوت في ضـوء الاخـتـلافـات بـين الصـور الثـلاث للـذات (الذات الواقعية والذات المثالية والذات الاجتماعية التي يتوقعها الآخرون من الفرد)، وفي ضوء منظور الفرد لذاته. فالخزي والارتباك يحدثان في المواقف التي يدرك الفرد فيها وجود تفاوت كبير بين ذاته الواقعية من جهة، والوضع المثالي الذي يأمله الآخرون ويتوقعونه منه من جهة أخرى، وخصوصا إذا كان هؤلاء الآخرون أشخاصا مهمين بالنسبة إلى الفرد، ويحرص على كسب حبهم ومودتهم وثقتهم. فالفرد سوف يشعر بالخزي أو بالارتباك عندما يعتقد أنه فقد تقدير هؤلاء الآخرين.

وصنف البعض (Ortony et al., 1988) الخزي والارتباك باعتبارهما انفعالين للوم وتأنيب الذات Self-reproach على أساس أن كليهما يتضمن عدم استحسان الفرد لما بدر منه من تصرف، ويزداد شعور الفرد بأي منهما، بسبب وعي الآخرين وإدراكهم لتصرفه هذا. وعادة ما يحدث الارتباك والخزي متلازمين وفي وقت واحد، ذلك لأن انتهاك الفرد لتقليد اجتماعي أو عرف أو قانون، يجعله في حال تشكك فيما يجب عليه فعله في هذا الموقف. وكذلك فإن عدم قدرة الفرد على التصرف بشكل ملائم تقلل من تقدير الآخرين له، ويصغر في أعينهم.

وفي تحليله للانفعالات خلص شيرر (Scherer, 1984) إلى أن الخزي والارتباك يتشابهان في عدة أمور مهمة. فكلاهما استجابة لموقف غير سار أو لموقف محبط يصبح الفرد فيه غير قادر على مواجهته، نظرا إلى افتقاده القدرة على التحكم في مجريات هذا الموقف أوانخفاض ثقته بذاته، في الوقت الذي يكون فيه موضع انتباه الآخرين واهتمامهم. أما عن الفرق بينهما، فهو أن الخزي انعكاس أو رد فعل Reactive يحدث تاليا لفعل ما، ويتضمن فشلا في التصرف للتوافق مع معايير اجتماعية محددة. أما الارتباك فهو انعكاسي أيضا، غير أنه فوق ذلك استباقي Anticipatory، بمعنى أن الواقعة المربكة تكون قد حدثت بالفعل، ثم يجد الفرد نفسه متشككا فيما

يجب أن يفعله بعد ذلك في المستقبل المباشر. ويرتبط هذا التشكك بانخفاض الثقة بالذات، وبصعوبة تحديد التصرف الملائم الذي يقتضيه الموقف.

أما النظريات التي تركز على الشعور بالذات، فلديها تفسيرات أخرى مختلفة. فهي تؤكد وجود فروق أساسية بين الخزي والارتباك، بل ويفترض بعضها أن الارتباك هو انفعال أساسي بذاته يحدث من دون أن يصاحبه أي شعور بالخزي (Keltner & Buswell, 1996; Miller, 1996)، وأكد البعض الآخر أن كل شروط ومعايير الانفعال الأساسي تتوافر في انفعال الارتباك، فهو:

- يحدث فجأة.
- يستغرق وقتا قصيرا.
- غير إرادي.
- يتضمن - نسبيا - عملية تقييم آلية للذات.
- يوجد لدى كل الناس وفي كل الأزمنة وكل الثقافات.
- له استجاباته الفسيولوجية الخاصة المميزة.
- له مظهره الانفعالي الخاص المميز.
- يحدث لدى أنواع أخرى من الكائنات الحية.

ومع ذلك، فالسؤال المهم هنا هو: ما إذا كان الارتباك انفعالا منفردا ومتمايزا عن الخجل في ضوء تلك المعايير؟ لقد مال معظم الدراسات إلى التركيز على التفرقة بين الارتباك والخزي، ولم تول اهتماما مماثلا للتفرقة بين الارتباك والخجل. وتشير بعض الدراسات (Crozier, 1990) إلى أن الارتباك والخجل متشابهان، فكل منهما يتضمن الشعور بالذات، وتشكك الفرد فيما يجب عليه أن يفعله أو يقوله في الموقف الاجتماعي المعين، وانخفاض ثقة الفرد بذاته. وهناك من خلص إلى أن الفروق بينهما كمية. فقد قدر الأفراد الخجل بأنه أقل فيما يسببه من ضيق وعدم سعادة مقارنة بالارتباك، وبأنه أكثر

اختفاء وتسترا من الارتباك ويمكن احتماله وقبوله أكثر من الارتباك، لأن الأخير يتطلب من الفرد أن يتصرف على نحو مختلف وبشكل سريع ليتوافق مع الموقف، وهو ما لا وجود له في حال الخجل. وخلصت دراسات أخرى (Mosher & White, 1981) إلى أن الأفراد يصفون خجلهم وصفا يختلف عن وصفهم لارتباكهم. فقد قدروا مواقف الارتباك بأنها أعلى في الشعور بالخزي، وتكون أكثر مباغتة ومثيرة للغضب. هذا بينما وصفوا المواقف التي تستثير الخجل بأنها أعلى في الولع والخوف. وتبين كذلك أن الخجل أكثر اقترابا والتصاقا بالارتباك، مقارنة باقترابه والتصاقه بالخزي، وهي نتيجة تكررت في أكثر من دراسة (Tangney et al., 1996).

ومع ذلك، فإن تلك الدراسات التي اعتمدت على تقديرات الأفراد وأوصافهم لمواقف الخجل ومواقف الارتباك، لا يمكن الاعتماد عليها في القول بأنهما انفعالان مختلفان متمايزان، مهما كانت الفروق في تقديرات الأفراد وأوصافهم لهما كبيرة. ذلك لأن تلك الأوصاف غير موضوعية، فهي متأثرة إلى حد كبير بالمفاهيم والتصورات الشائعة، وبالحس العام Common sense عن كلا المفهومين. وبالطبع فإن ذلك لا يصلح معيارا صادقا للحكم. والأسلوب الوحيد الذي يمكننا من خلاله معرفة ما إذا كان الخجل والارتباك انفعالين مختلفين ومتمايزين، هو وضع نظريات وفروض عن العمليات الدقيقة المتضمنة في المواقف الاجتماعية المختلفة، والخصائص التي ربما تجعل موقفا ما يؤدي إلى استجابات انفعالية مختلفة عن موقف آخر، ثم نضع تلك النظريات والفروض المحددة محل البحث التجريبي. أما النظريات المتاحة حاليا، فهي تتسم بالعمومية المفرطة وعدم التحديد، ولم تطرح فروضا دقيقة محددة، أو يشتق منها تنبؤات قابلة للبحث الإمبريقي. وعلى سبيل المثال، لا توجد نظرية تعرض بشكل مفصل ومحدد للدور المحتمل لكل من الجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز العصبي الباراسمبثاوي في هذه الانفعالات.

الارتباطات بين احمرار الوجه والقابلية للارتباك

ثمة منحى آخر يولي اهتمامه بالكشف عما إذا كانت الفروق الفردية في الخجل ترتبط بالنزعة القوية للارتباك. واهتمت الدراسات التي أجريت في إطار هذا المنحى بفحص العلاقة بين نزعة الفرد الطبيعية للاحمرار ومقياس الشعور بالذات (SCS) بمقاييسه الفرعية الثلاثة (Fenigstin et al., 1975). وخلصت دراسات عديدة إلى أن النزعة لاحمرار الوجه ترتبط جوهريا بالقلق الاجتماعي، في حين كان ارتباطها بالمقياسين الفرعيين الآخرين (الوعي بالذات العامة والوعي بالذات الخاصة) غير جوهري، وكان في أحسن الأحوال ارتباطا متوسط القيمة. وقد تبين وجود هذا النمط من النتائج، سواء لدى عينات من أفراد يعانون من احمرار الوجه المزمن (Edelmann, 1990a; 1991) أو عينات من الجمهور العام (Bogels et al., 1996; Crozier & Russell, 1992; Leary & Meadoms, 1991). كذلك وجدت بعض الدراسات (Bogels et al., 1996) أن القلق الاجتماعي يرتبط بالخوف من احمرار الوجه.

وقد صمم موديلياني (Modigliani, 1968) مقياسا للقابلية للارتباك لتحديد الفروق الفردية في تهيؤ الأفراد واستعدادهم للاستهداف للارتباك. ويتكون المقياس من اثنين وعشرين بندا يمثل كل منها موقفا عادة ما يسبب الارتباك للبعض، ويقوم الفرد بتقدير كمي لحالته في كل موقف منها. وخلصت بعض الدراسات (Edelmann, 1985) إلى أن الدرجات على هذا المقياس ارتبطت باثنين من المقاييس الفرعية الثلاثة المكونة لمقياس الشعور بالذات وهما القلق الاجتماعي والشعور بالذات العامة، ولكنها لم ترتبط بالشعور بالذات الخاصة. وفي دراسة لميللر (Miller, 1995) على عينة تكونت من طلبة الجامعة، طبقت عليهم بطارية اختبارات شملت مقاييس لكل من القابلية للارتباك والخجل والشعور بالذات والتفاعل الاجتماعي القلق والمهارات الاجتماعية وتقدير الذات والوجدان الإيجابي والسلبي. وتبين من

النتائج أن القابلية للارتباك قد ارتبطت جوهريا بالخجل، غير أن متوسط قيمة هذا الارتباط بلغ ٠,٣٧، وهو ليس مرتفعا بل متوسط، وهو ما يعني أن الارتباك والخجل متمايزان. وأشار التحليل العاملي لتلك الاختبارات إلى أن الخجل تشبع على عامل يختلف عن ذلك الذي تشبع عليه القابلية للارتباك، حيث تشبع الخجل على عامل فسر على أنه «الثقة بالذات في مواقف التفاعل الاجتماعي». وتشبع عليه أيضا مقاييس القلق الاجتماعي والتقدير المنخفض للذات وضعف المهارات الاجتماعية في مواقف التفاعل الاجتماعي وتقديم الذات والقدرة على فهم وحسن تأويل الإشارات غير اللفظية. أما الارتباك، فقد تشبع على عامل تم تفسيره على أنه «التقييم الاجتماعي»، وتشبع عليه أيضا مقاييس الخوف من التقييم السلبي والحساسية لملاءمة السلوك ومناسبته للموقف الاجتماعي والدافعية لتحاشي الرفض الاجتماعي والدافعية لنيل استحسان الآخرين وقبولهم والشعور بالذات العامة.

وتعني تلك النتائج أن الخجل أكثر ارتباطا والتصاقا بنقص الثقة بالذات في المواقف الاجتماعية، التي تتبدى في انخفاض تقدير الفرد لذاته في تلك المواقف، ووعيه وإدراكه لضعف مهاراته الاجتماعية. وهو ما يعني أن الفرد الخجول يفتقر إلى الثقة في قدرته على معرفة ما يجب أن يقوله للآخرين، وكيف يدير موقفا اجتماعيا معينا، وأن الافتقار إلى تلك الثقة هو العامل الحاسم للشعور بالخجل، إذ يؤدي دورا أكثر أهمية من عامل خوف الفرد من تقييم الآخرين له سلبيا، وإن كنا لا ننكر دور هذا العامل أيضا. وعلى الجانب الآخر، فإن الفرد المستهدف للارتباك يعاني درجة عالية من الحساسية تجاه مدى مطابقة تصرفاته وتوافقها مع المعايير الاجتماعية، وفضلا عن أنه يكون مشغولا إلى أقصى حد بمدى صحة وسلامة سلوكه، وبما إذا كان هذا السلوك سوف يقوده إلى رفض الآخرين ونبذهم له، أو إلى قبولهم واستحسانهم له. أما اهتمامه وانشغاله بمهاراته الاجتماعية، فأقل كثيرا مما هو لدى الفرد الخجول.

يبدو - إذن - أن هناك قدرا من التداخل بين الخجل والقابلية للارتباك. فكلاهما يتضمن شعورا شديدا بالذات واعتبارات خاصة بتقديم الذات. ولكن مع ذلك، فإن بناء كل منهما وتكوينه يختلف عن الآخر. فالشخص الخجول يركز على الضعف المدرك في جدارته الاجتماعية، بينما يركز الشخص المرتبك على ما يحمله له الموقف الاجتماعي من عقاب أو مكافأة، ومن رفض أو قبول. ويمكننا أن نصوغ ذلك في ضوء معادلة لتقديم الذات، يشير أحد طرفيها إلى أن القلق الاجتماعي يكون مرتفعا لدى الشخص الخجول، لأن ثقته في قدرته على تحقيق أهدافه تكون منخفضة، بينما تكون تلك الثقة مرتفعة لدى الفرد المرتبك لأن دافعيته تكون أعلى نسبيا من الخجول. أما في الطرف الآخر من المعادلة، فنجد أن لدى الخجول دافعية عالية لخلق انطباع مرغوب فيه، وأن المرتبك تنقصه الثقة، حتى لو كان هذا النقص في الثقة يرجع أساسا إلى ملابسات الموقف الاجتماعي وظروفه، وليس بسبب انخفاض تقدير المرتبك لذاته.

ومن الممكن أن يكون الخجل سببا ومثيرا للارتباك، سواء بإحداثه شكلا ما من الصعوبة في الموقف الاجتماعي، كأن يجعل الفرد محورا لانتباه الآخرين واهتمامهم مدة طويلة، بحيث يصبح الفرد أكثر انكشافا وجلاء للآخرين، أو لأن الشخص الخجول يتضايق ويضطرب من خجله، ومن ثم يرتبك. ويعني هذا أن استجابات الشخص الخجول في أي موقف اجتماعي ربما تتضمن مزيجا من الانفعالات المختلفة. ولقد وجدت ما يدعم هذا الرأي، وذلك عندما قمت بتحليل مضمون آراء وتصورات عينة من طلبة الجامعة للمواقف التي شعروا فيها بالخجل، حيث وجدت أن أوصافهم لتلك المواقف واستجاباتهم لها تتضمن عناصر ومفاهيم خاصة بالارتباك أيضا، وليس الخجل فقط (Crozier, 1999).

ملخص الفصل

الارتباك هو شكل شائع من عدم الشعور بالراحة النفسية في المواقف الاجتماعية. وعلى الرغم من أنه ظاهرة عامة توجد في أي زمان ومكان، فإن دراسته لاتزال تواجَه بالعديد من الصعوبات، ولايزال غير واضح لنا بالقدر الكافي، سواء فيما يتعلق بجوانبه النفسية، أو الفسيولوجية. ولا شك في أن الأشياء التي تحدث فجأة، وتسبب انهيارا للتفاعل الاجتماعي وإعاقة لانسيابه بسلاسة، تخلق لدى الأفراد المتفاعلين خبرة انفعالية غير سارة. وعلى الرغم من أن الناس عادة ما يفعلون ما في وسعهم لتجنب الارتباك، فإنه أحيانا ما يرتبط بالدعابة والضحك، وكثيرا ما تكون الوقائع والأحداث المربكة مصدرا للفكاهة، سواء في المواقف الاجتماعية في الحياة اليومية، أو في التمثيل الكوميدي. ومن المقبول لدى معظم الباحثين، أن كلا من الارتباك والخجل ينشآن من الشعور بتهديد للهوية الذاتية. ومع ذلك، فمن الممكن توسيع مفهوم الهوية الذاتية ليتضمن تلك المواقف التي يرتبك الفرد فيها بسبب تصرف مربك قام به شخص آخر، وحيث لا يوجد هنا تهديد مباشر لذات الفرد الذي ارتبك بسبب ملاحظته أو علاقته بالشخص الذي قام بالتصرف المربك. فمن الممكن أن ينتشر الارتباك، كالعدوى، ليشمل معظم الموجودين في موقف اجتماعي ما، نتيجة لارتباك فرد واحد من أطراف هذا الموقف. وقد أشرنا إلى أمثلة كثيرة على ذلك في هذا الفصل.

ويشترك الارتباك والخجل في العديد من الملامح. فكلاهما يتضمن شعورا زائدا بالذات وتشكك الفرد فيما يجب أن يفعله أو يقوله. ومع ذلك، فتركيز الفرد عند الارتباك يكون منصبا على صعوبة التصرف وفقا لما يتطلبه الموقف، ومحاولة القيام بسلوك يتوافق مع المعايير الاجتماعية الحاكمة لهذا الموقف. أما في الخجل، فيكون تركيز الفرد منصبا على قدراته ومهاراته الشخصية. فعلى الرغم مما تبين من

وجود ارتباطات قوية بين مقاييس كل من الخجل والارتباك، فإن هناك ما يدل على تمايز بينهما، إذ يبدو أن الخجل أكثر ارتباطا والتصاقا بإحساس الفرد بعدم الملاءمة الشخصية.

ويبدو أن للارتباك مظهره الخارجي الانفعالي المميز، والذي يتضمن علامات خارجية مختلفة تماما عن تلك التي توجد لدى الفرد الذي يعاني من القلق. وثمة خلاف بين الباحثين حول ما إذا كان الارتباك انفعالا قائما بذاته، أم أنه - ببساطة - مجرد شكل من القلق يحدث للفرد في المواقف الاجتماعية. فإذا كان متمايزا وقائما بذاته، فإن ذلك يثير عددا من الأسئلة عن طبيعة الخجل أهمها: هل الخجل ينتمي إلى الارتباك أم ينتمي إلى القلق؟ لقد لاحظنا في الفصل الرابع أن بعض الباحثين يقول بوجود شكلين للخجل (Buss, 1980)، وبوجود مصدرين له (Asendorpf, 1989)، وكذلك بوجود شكلين من الارتباك (Lewis, 1995) وعادة، فإن إحدى سمتي الخجل والارتباك تكون أكثر ارتباطا والتصاقا بالشعور بالذات وتقدير الفرد وتصوره لقدراته ومهاراته الخاصة، في حين تكون الأخرى أكثر ارتباطا والتصاقا بتصورات الفرد حول كيفية إدراك الآخرين وتقييمهم له. ولانزال في حاجة إلى مزيد من البحث بخصوص تلك الثنائية، وهذا الازدواج بين المفهومين.

أما عن احمرار الوجه، فهو لايزال لغزا محيرا. فعلى المستوى الفسيولوجي يبدو أنه يتضمن نشاطا لكل من قسمي الجهاز العصبي المستقل (الجهاز العصبي السمبثاوي، والجهاز العصبي الباراسمبثاوي) ولا يمكن للفرد أن يتحكم في احمرار وجهه. ويؤدي وعي الفرد وإدراكه أن وجهه قد احمر، إلى زيادة شدة هذا الاحمرار وزيادة مدة بقائه. واحمرار وجه الفرد يجعله منكشفا جليا للآخرين، في مواقف اجتماعية لا يكون فيها راغبا في أن يكون محور انتباه الآخرين. ويتفق معظم الباحثين على أن احمرار الوجه هو إحدى العلامات الأساسية للارتباك، ولكنه ربما لا يظهر في كل المواقف المربكة. وكذلك فربما

يكون علامة لكل من الخجل والخزي، وإن كان البعض يرى أنه لا يحدث عند الشعور بالخزي، ويقدم دلائل تجريبية على هذا. ومع ذلك، فإن شكسبير قد اعتبر احمرار الوجه إحدى علامات الخزي. ففي مسرحيته «ريتشارد الثالث»، (المشهد الثاني في الفصل الأول) تخاطب «الليدي آن»، «غلوسيستر» الذي قتل والدها وزوجها، قائلة له:

«إذا كنت مسرورا بعملك الشائن هذا. فلاحظ هذا الدم الذي سفكته. أيها الرجال، انظروا، انظروا إلى جروح هذى الميتة. افتحوا أفواه تلك الجروح لتنزف من جديد. فليحمر وجهك، فليحمر وجهك، فأنت كتلة من البشاعة والإفساد. إن وجودك هو سبب هذا الدم المراق، ولتنزف مثل هذا الدم، من أوردتك الباردة الخالية من الدماء».

ويشعر الشخص المرتبك بالخطورة والتهديد من أن يراه الآخرون على تلك الصورة غير المرغوب فيها. ومع ذلك، هناك العديد من أشكال الصور الاجتماعية غير المرغوب فيها، وهناك مدى واسع من الظروف والملابسات التي تؤدي كلها إلى عدم شعور الفرد بالراحة، وتسبب له شعورا بأن صورته لدى الآخرين تبدو سيئة. وبالتالي نحن في حاجة إلى مزيد من البحث، لمعرفة إلى أي مدى يؤدي هذا التباين في الظروف والصور إلى حالات معرفية مختلفة، أو إلى مظاهر خارجية انفعالية مختلفة ومتمايزة.

6

التغلب على القلق الاجتماعي

«على الرغم من التقدم في فهم الأمراض النفسية، والجهود الكبيرة المبذولة من أجل تغيير الصورة السلبية عنها لدى الناس، وعدم اعتبارها «وصمة عار» تلتصق بمن يصاب بها، لايزال كثيرون يعتقدون أنها ليست «أمراضا» حقيقية، وأن الفرد الذي يصاب بأي منها، إنما يكون هو المسؤول بدرجة أو بأخرى عن ذلك، وأنه يستطيع وحده التغلب على ما يعانيه، بالعزيمة والإرادة»

المؤلف

يهدف هذا الفصل إلى عرض عدد من المناحي التي تساعد الناس على التغلب على مشكلاتهم الخاصة بالخجل والقلق الاجتماعي. وينطلق هذا العرض من تصورنا للخجل على أنه ليس شيئا واحدا، بل يتضمن عددا من المكونات أهمها: نقص الثقة بالذات والشعور الزائد بالذات والقلق والارتباك والصمت وقلة الكلام والتحفظ وصعوبة التصرف بكفاءة في المواقف الاجتماعية. وقبل أن نعرض لتلك المناحي، نناقش أولا فكرة أن الخجل هو بالفعل شيء سيئ تجب مواجهته والتغلب عليه وعلاجه، ذلك لأن هناك من يعارض تلك الفكرة ويرفضها. ومن ثم فهي ليست محل القبول التام، بل تواجه بعدد من الصعوبات، بعضها يرجع إلى الخلاف الذي لايزال قائما بشأن تعريف الخجل

وتحديده بدقة، وقيمة هذا المفهوم وأهميته في تحديد شريحة معينة من الناس، يتشابه بعضها مع بعض في جوانب معينة، بحيث تشكل فيما بينها مجموعة مميزة من الأفراد ومختلفة عن الآخرين،يطلق عليهم مسمى «خجولين»، في حين ترجع بعض الصعوبات الأخرى إلى تشكك المهتمين بهذا الموضوع ورفضهم علاج المشكلات النفسية باستخدام الأساليب والوسائل الطبية والدوائية. وإذا أردنا أن نوضح بعض الصعوبات والقضايا الخلافية التي تواجه فكرة أن الخجل اضطراب أو مرض نفسي، يجب علاجه بالأساليب العلاجية كافة، بما في ذلك الأسلوب الطبي الدوائي، فسنجد أن هناك من يقبل تلك الأفكار المغلوطة التالية:

● الخجل مجرد حالة نفسية، مثله مثل عشرات، بل ومئات الحالات الأخرى، كالحزن والضيق والهياج والغضب، وهي حالات عادية ولا بد من أن يعايشها ويمر بها الجميع. ومن ثم، فليس هناك أي مبرر لمحاولة التغلب عليها أو علاجها.

● الخجل مكون طبيعي وشيء أساسي وعادي في حياة أي فرد، خصوصا في هذا العصر، الذي أصبحت حياتنا الاجتماعية فيه أكثر تعقيدا، وتغلب عليها روح الفردية والانعزال والانسلاخ عن الآخرين، وأصبح كثير مما كان يعتبر في فترة سابقة أنه يقيني وثابت، موضعا للتغيير والتآكل. وفي مثل هذا المناخ العام، لا يمكن لأي فرد، إلا أن يصبح خجولا، بل إن عدم الخجل هو الذي يعد غريبا! ومن ثم فالحديث عن عدم الخجل هو كلام فارغ.

● كلنا خجولون. وإذا كانت هناك أي مشكلات يعانيها الفرد في تفاعلاته الاجتماعية، فربما لا تكون بسبب الخجل، لكن بسبب استغراقه وانهماكه الشديد بذاته Self-absorbed.

● الخجل سمة من السمات الثابتة في الشخصية، فهو خاصية ولادية تميز الفرد منذ بداية حياته، ومن ثم فلا يمكن تغييرها أو التغلب عليها أومحاولة علاجها.

● سعيا إلى تحقيق مكاسب وأهداف شخصية، يحاول البعض أن يصور للناس أن كثيرا من مشكلاتهم الاجتماعية اليومية العادية، ما هي إلا «أمراض»، وأن عليهم أن يبحثوا عن علاج لها، وأنها من الممكن أن يُعالَج طبيا، والخجل هو أحد أمثلة ذلك.

● للخجل مميزاته وفضائله، ومن ثم يجب أن يكون محلا للاحترام والتقدير، لا للانتقاص من قدره والحط منه، بقولنا إنه يجب على الخجولين أن يتغيروا، ويتخلصوا مما هم فيه. فعلى الرغم من أن الناس يقولون إنهم يريدون التغلب على خجلهم، فإنهم يقولون ذلك، ليس بسبب إيمانهم ورغبتهم الحقيقية في أن يتغيروا ويتخلصوا من خجلهم، بل بسبب ما يمارس عليهم من ضغوط، وسماعهم الدائم في كل مكان لجملة: «لا تكن خجولا»، وبسبب الحملات التسويقية التي تشنها بعض الجهات الطبية وشركات الأدوية، التي من مصلحتها الترويج لهذا الاعتقاد الزائف «لا تكن خجولا»!

● الخجل مفهوم مبهم ينقصه التحديد الدقيق، وبالتالي فهو يفتقر إلى شرط أساسي يجب توافره في أي ظاهرة تصلح لأن تخضع للعلاج، وأن يؤتي هذا العلاج ثماره.

أعتقد أنه من المهم في البداية أن نؤكد أن الواقع الفعلي يقول إن هناك كثيرين ممن يعانون مشكلات وصعوبات في مواجهتهم المواقف الاجتماعية. وعادة ما يصنف هؤلاء الأفراد تلك المشكلات بقولهم إنهم يشعرون بأنهم مشلولون وغير قادرين على فعل أو قول أي شيء، أو بأنهم يعانون كابوسا شديدا، ويؤكدون أن ذلك يؤثر سلبيا في معظم جوانب حياتهم. وعلى سبيل المثال، فهم لا يستطيعون الالتحاق بوظيفة ما نظرا إلى ما يعانونه من آلام نفسية، واستنزاف شديد لطاقتهم الانفعالية، عندما يضطرون إلى الذهاب إلى عملهم يوميا في المواصلات العامة، حيث التفاعل مع الآخرين، والمرور بكثير من المواقف الاجتماعية. أضف إلى ذلك، أن كثيرا من هؤلاء الناس يدرك أن ما يعانيه ليس خاصا به وحده، بل هناك آخرون يعانون ما يعانيه، وأن مشكلته تتماثل مع ما لدى الآخرين، بل ويسمي مشكلة الآخرين بذات المسمى الذي يطلقه على مشكلته. وكذلك فإن المواقف التي تسبب مشكلته، هي ذاتها التي تؤرق الآخرين. وبناء على

ذلك، فإن مسمى «الخجل» في تلك الحالات هو مجرد مرشد ودليل أولي يشير إلى مظاهر القلق الاجتماعي التي يمر بها بعض الناس في تفاعلاتهم الاجتماعية. وكثيرون ممن لا يمرون بتلك المشكلات، وما يترتب عليها من قلق اجتماعي، أو لا يشعرون بمعاناة حادة عند تفاعلاتهم الاجتماعية، لا شك في أنهم التقوا بالآخرين الذين يعانون بشدة في أثناء وجودهم في تلك المواقف. ومع ذلك، فحتى لو كانت المشكلات والصعوبات التي يعيشها معظم الناس في تفاعلاتهم الاجتماعية بسيطة أو خفيفة نسبيا، فإن هذا ليس مبررا لأن نتجاهل الصعوبات والمشكلات الكبيرة التي يواجهها البعض، حتى لو كان هذا البعض مجرد أقلية من الناس. ويجب ألا نتجاهل أن هناك من يشعرون برعب وفزع شديدين في المواقف الاجتماعية.

ويتحمل علماء النفس جزءا من المسؤولية إزاء هذا اللغط القائم، ذلك لأنهم لم ينجحوا بعد في وضع وتطوير مفاهيم قوية واضحة، وإطار عمل ملائم لفهم تلك المشكلات. فالمفاهيم الغامضة غير المحددة، تؤدي إلى الخلط والتشويش، وتضعف المحاولات التي تسعى إلى إيجاد تدخلات علاجية فعالة تساعد الناس على التغلب على مشكلاتهم الاجتماعية هذه. لكن مع هذا، لا يجب أن يشكل ذلك أساسا لافتراض أن كثيرا من أشكال القلق الاجتماعي لا قيمة لها، أو أن هؤلاء الناس الذين يعانونها لا تمكن مساعدتهم باستخدام أساليب ملائمة من العلاج.

ربما يكون من السهل علينا أن نقبل مثل تلك الآراء المغلوطة، لو أننا قبلنا الآراء غير الصحيحة تماما، التي عرضتها ميشيل كوتل Michelle Cottle في مقالتها ذات العنوان الاستفزازي التحريضي «المتاجرة بالخجل: كيف يروج الأطباء وشركات الأدوية لوجود وانتشار الرهاب الاجتماعي»، التي نشرتها في جريدة «الجمهورية الجديدة» في أغسطس ١٩٩٩، ففي تلك المقالة افترضت الكاتبة أن الباحثين يبالغون كثيرا في معدلات انتشار الرهاب الاجتماعي، عندما يقولون إن واحدا من بين كل ثمانية من الأمريكيين قد عانى الرهاب أو يعانيه. وترى أن تلك المبالغة ترجع إلى أسباب ذات صلة بتعريف الرهاب الاجتماعي وتحديده، وأن الباحثين يتعمدون استخدام تعريفات عريضة له،

بحيث يشير إلى مدى واسع من مظاهر القلق الاجتماعي لدى عدد كبير من الناس، وليس إلى مشكلات اجتماعية حادة تعانيها قلة من الناس. وترى الكاتبة أن مثل تلك التعريفات ليست علمية خالصة، أو موضوعية محايدة، بل تقف وراءها مصالح وأغراض لبعض الجهات والمؤسسات الطبية وشركات الأدوية. وخلصت الكاتبة من ذلك، إلى أن الغاية هنا هي إقناع كل من يشعر بقلق عند لقائه بغرباء أو بأناس جدد، أو عند مشاركته في بعض المواقف الاجتماعية، بأنه مريض، وبأن تلك الأدوية هي الحل لما يعانيه من مشكلات.

والواقع أن مثل هذا الكلام ليس جديدا، وليس خاصا بالخجل أو الرهاب الاجتماعي فقط، بل تردد كثيرا من قبل بخصوص أمراض نفسية أخرى، مثل الاكتئاب واضطرابات القراءة Dyslexia، فكثيرا ما تعرضت فكرة العلاج الطبي الدوائي للأمراض النفسية للنقد الشديد، وذلك منذ عدة سنوات. ومع ذلك، فإن كوتل أثارت عددا من القضايا والمشكلات الخاصة بالبحث في موضوع الخجل. فقد أثارت مقالتها هذه سؤالين مهمين، الأول: ما العلاقة بين الخجل، سواء باعتباره مزاجا أو باعتباره سمة من سمات الشخصية، وبين الرهاب الاجتماعي كفئة تشخيصية مرضية محددة؟ والثاني: هل الرهاب الاجتماعي مشكلة طبية قابلة للعلاج الدوائي؟ وقبل أن نحاول الإجابة عن هذين السؤالين، نحتاج أولا إلى إلقاء الضوء على مفهوم الرهاب الاجتماعي وعلاقته بالخجل.

الرهاب الاجتماعي والخجل

يوضح الصندوق (٦-١) المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي، كما نشرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في العام ١٩٩٤، ويشير المحك الأول إلى مدى من المخاوف المتعلقة بالمواقف الاجتماعية، مثل الخوف من المواقف غير المألوفة، وأن يكون الفرد موضعا لتفحص وتدقيق الآخرين، وأن يبدو الفرد للآخرين أنه قلق مضطرب، وأن يسلك الفرد على نحو يؤدي به إلى الشعور بالارتباك. وتتسم تلك المخاوف بقدر من الثبات والاستمرارية، ويدركها الفرد على أنها غير معقولة وغير مبررة. والواضح أن هذا الوصف للرهاب الاجتماعي لا يختلف كثيرا عن الخجل ومظاهره التي عرضنا لها في هذا

الكتاب. ولكي يمكننا أن نفهم بشكل صحيح الفرق بين الرهاب الاجتماعي والخجل، فنحن في حاجة إلى إلقاء مزيد من الضوء على كل من مصدر ووظيفة تلك المحكات التشخيصية.

الصندوق (٦-١): المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي

١- خوف ملحوظ من موقف أو أكثر من المواقف الاجتماعية، التي يتعرض الفرد فيها إلى أشخاص غير مألوفين له، أو التي يحتمل أن يكون الفرد فيها محورا لانتباه الآخرين وتفحصهم. ويخاف الفرد من أن يسلك في تلك المواقف بطريقة تكشف عن ارتباكه، أوتظهر أعراض القلق لديه. **ملاحظة**: بالنسبة إلى الأطفال، يجب أن يكون الطفل قادرا على إقامة علاقات اجتماعية مناسبة - تبعا لعمره - مع الآخرين المألوفين له، ويحدث القلق عند تفاعله مع أقرانه، وليس فقط عند تفاعله مع الراشدين.
٢- دائما ما يؤدي تعرض الفرد للموقف الاجتماعي الذي يخافه إلى استثارة قلقه، والذي ربما يأخذ شكل نوبة هلع Panic Attack. **ملاحظة**: بالنسبة إلى الأطفال، يعبر الطفل عن قلقه بمظاهر مختلفة مثل الصراخ، والغضب الشديد، وتخشب الجسم، والانكماش البدني، وذلك عند وجوده في مواقف جديدة عليه، مع أشخاص غير مألوفين له.
٣- يدرك الفرد تماما أن هذا الخوف غير معقول وزائد على الحد. **ملاحظة**:بالنسبة إلى الأطفال ربما لا يوجد هذا المحك التشخيصي.
٤- يحاول الفرد تجنب المواقف الاجتماعية المخيفة بالنسبة إليه، وإذا لم يكن ذلك ممكنا، فإنه يحاول تحملها ومعايشتها، لكن وهو يعاني قلقا شديدا وانضغاطا.
٥- يؤثر تجنب الفرد تلك المواقف، أو اضطراره إلى تحملها في ظل درجة عالية من الانضغاط والقلق، في كثير من جوانب حياته

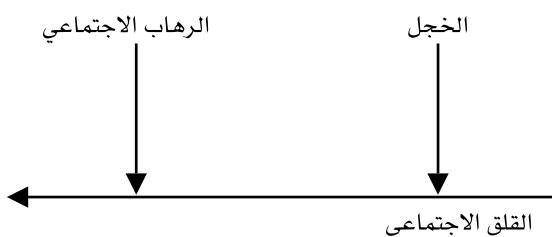
اليومية المعتادة، وفي حياته الوظيفية (أو الأكاديمية)، أو في نشاطاته الاجتماعية وعلاقاته بالآخرين، وشعوره بالانضغاط نتيجة ما يعانيه من رهاب.
٦- بالنسبة إلى الأفراد الذين يقل عمرهم عن ثماني عشرة سنة، فلا بد من استمرار وجود تلك المخاوف، إلى مدة لا تقل عن ستة شهور متواصلة.
٧- لا يرجع هذا الخوف، أو هذا التحاشي للموقف الاجتماعي، إلى عوامل فسيولوجية مباشرة نتيجة تعاطي مادة مؤثرة في الأعصاب (مثل سوء استعمال العقاقير، أو تناول الفرد بعضا منها لأسباب علاجية)، ولا إلى الحالة الصحية العامة للفرد، ولا إلى إصابته باضطراب أو مرض نفسي آخر (مثل اضطراب الفزع Panic disorder، سواء الذي يصاحبه خوف من الأماكن المتسعة، أو الذي لا يصاحبه ذلك، أو اضطراب قلق الانفصال Separation anxiety disorder، أو اضطراب تصور شكل الجسم Body Dysmorphic disorder، أو اضطراب نمط الشخصية الفصامية Schizoid personality disorder.
٨ - في حالة إصابة الفرد بمرض آخر، سواء بدني أو نفسي، فيجب ألا تكون المخاوف المذكورة في المحك التشخيصي رقم ١، ذات صلة بهذا المرض. وعلى سبيل المثال، فإذا كان الشخص يعاني مرض «باركينسون» Parkinson's disease، فيجب ألا تكون مخاوفه متعلقة باللجلجة أو الارتجاف في المواقف الاجتماعية، وإذا كان مصابا بأي من فقدان الشهية العصبي Anorexia أو بالشره العصبي Bulimia، فيجب ألا تكون مخاوفه متعلقة بسلوكيات تناول الطعام مع الآخرين أو في وجودهم. **تشخص الحالة بأنها حالة رهاب اجتماعي بشكل عام:** إذا كانت المخاوف تشمل معظم المواقف الاجتماعية (مع الأخذ في الاعتبار المحكات التشخيصية لاضطراب نمط الشخصية التجنبية Avoidant personality disorder).

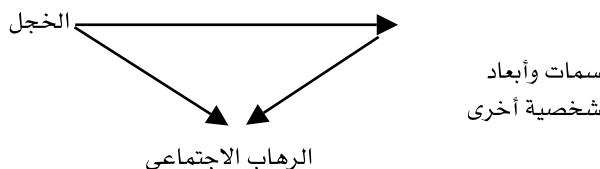
يعد موضوع تشخيص الاضطرابات والأمراض النفسية، أحد الموضوعات التي نالت قدرا كبيرا من الاهتمام في كل من الطب النفسي وعلم النفس الإكلينيكي. وهناك كثير من المحاولات التي تمت لوضع أنساق تشخيصية تمكننا من التفرقة بين الأمراض النفسية المختلفة، مثل الدلائل التشخيصية والإحصائية التي أصدرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والتصنيف الإحصائي العالمي للأمراض والمشكلات الصحية النفسية. ولهذه الدلائل والتصنيفات فوائد عديدة، فهي تتبع أصول المشكلات النفسية وأسبابها، وتضع وتقيم أنسب الوسائل العلاجية لها. وقد حددت تلك الأنساق التصنيفية عددا من اضطرابات القلق Anxiety Disorder، أحدها هو الرهاب الاجتماعي.

واعتبرت جملة الأعراض الإكلينيكية للرهاب الاجتماعي فئة تشخيصية مستقلة، وذلك منذ أن ضمنت في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي Diagnostic and Statistical Manual، الذي عرف فيما بعد باسم «DSM-111»، الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، والمنشور في العام ١٩٨٠، وحددت هذه الطبعة الثالثة، ثلاثة أنماط من الرهاب، هي: رهاب الأماكن المتسعة Agoraphobia، والرهاب الاجتماعي، والرهاب البسيط .Simple phobia، ووصف الرهاب الاجتماعي بأنه خوف الفرد الدائم من وجوده في موقف اجتماعي، يكون فيه موضعا لتفحص الآخرين وتركيزهم، وأن سلوكه فيه يمكن أن يؤدي إلى الارتباك والشعور بالإذلال. ويسبب ذلك للفرد قدرا كبيرا من الانضغاط، لإدراكه أن هذا الخوف الذي يشعر به مفرط وغير معقول. وحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث اضطرابا مرضيا منفصلا أسماه اضطراب نمط الشخصية التجنبية. ويوجد قدر كبير من التشابه والتداخل بين هذا الاضطراب والخجل، يتمثل في أن كلا منهما يتضمن: الحساسية الزائدة من الرفض الاجتماعي، وتقدير الذات المنخفض، والانسحاب الاجتماعي، والصمت وقلة الكلام.

ودائما ما تخضع تلك الأنساق التشخيصية للتعديل والتحسين في ضوء ما يستجد من معلومات ومعارف عن الأمراض النفسية المختلفة وأسبابها ومظاهرها. لهذا، ظهرت طبعتان تاليتان من الدليل التشخيصي والإحصائي، قدمتا تعريفات مختلفة إلى حد ما (عما كان موجودا في الدليل الثالث) للرهاب الاجتماعي ومحكات تشخيصه. والمحكات التشخيصية الواردة في الصندوق (٦-١) هي تلك الواردة في أحدث طبعاته، وهو الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. وأشار بعض الباحثين (Hazen & Stein, 1995) إلى أن أحد أوجه النقد التي وجهت إلى الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث، هو أن تعريفه للرهاب الاجتماعي كان ضيقا محدودا، إذ أشار إلى أن الرهاب الاجتماعي هو الخوف من موقف بعينه، ومن ثم فهو لا يشير إلى الخوف العام الذي يوجد لدى الفرد بخصوص مدى كبير من المواقف الاجتماعية. ولهذا عدلت الطبعات التالية تعريف الرهاب الاجتماعي، بحيث أصبح يشير إلى واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية. كما أجريت تعديلات أخرى، يؤكد بعضها أن خوف الفرد من الارتباك والشعور بالإذلال في تلك المواقف، يمكن أن ينشأ أيضا بسبب علامات القلق البادية عليه في تلك المواقف، وليس فقط بسبب أفعاله وتصرفاته، وبعضها يتعلق بميل الفرد إلى تحاشي تلك المواقف أو الاستجابة لها بدرجة عالية من القلق، والبعض الآخر يتعلق بما ينتاب حياة الفرد اليومية من اضطراب وتدهور، نتيجة لهذا القلق أو الانضغاط.

غير أن توسيع الفئة التشخيصية للرهاب الاجتماعي لتشمل الخوف في مدى واسع من المواقف المختلفة، ترتب عليه بعض المشكلات. فأولا، لم يحدد بوضوح ما إذا كان هناك نمطان من الرهاب الاجتماعي: النمط العام الذي يتضمن الخوف في مدى واسع من المواقف الاجتماعية، والنمط الخاص الذي يكون الخوف فيه من نوع واحد محدد من تلك المواقف، كأن يخاف الفرد - مثلا - من تناول الطعام أو الشراب أمام الآخرين. وثانيا، إن توسيع هذه الفئة لتشمل مدى واسعا من المواقف

جعلها تصبح مشابهة ومتداخلة مع فئة تشخيصية أخرى هي اضطراب الشخصية التجنبية، وكذلك جعلها متشابهة ومتداخلة مع الخجل. وأظهرت نتائج بعض الدراسات الإمبريقية أن هناك عددا كبيرا من الناس، يمكن تشخيصهم في كلتا الفئتين (الرهاب الاجتماعي واضطراب الشخصية التجنبية). وأحد التفسيرات التي قدمت لذلك، هو أن الفرق بينهما فرق كمي، حيث إن نمط الشخصية التجنبية، ما هو إلا شكل أكثر حدة من الرهاب الاجتماعي (Hazen & Stein, 1995, P.18).

لكن كيف نميز بين الرهاب الاجتماعي والخجل؟ علينا ألا ننسى أن الرهاب الاجتماعي والخجل، هما مجرد مفهومين، وضعا لمحاولة فهم الصعوبات والمشكلات الاجتماعية التي يواجهها بعض الأفراد في تفاعلاتهم الاجتماعية. فأي منهما لا يشير إلى أشياء مادية ملموسة لها وجودها المستقل عن المفهوم الذي يشير إليها ويصفها. وبالتالي، فأي منهما يمكن – بل يجب – أن يكون موضعا للتعديل والتحسين. فمن المسموح لنا أن نعدل مفاهيمنا لتصبح أكثر كفاءة في وصفها لما هو قائم وموجود في الواقع الفعلي. غير أن هذا الأمر أكثر صعوبة بالنسبة إلى مفهوم الخجل، لأن هذا المفهوم مستمد أساسا من لغة الناس اليومية العادية، ومن ثم فإن له كثيرا من المعاني والدلالات والإيحاءات والاستخدامات، وهو في ذلك على العكس تماما من مفهوم الرهاب الاجتماعي. ومعنى ذلك، أنه من غير المناسب أن نطرح مسألة الفرق بين المفهومين، أو نتساءل: كيف يختلف الخجولون عمن يعانون الرهاب الاجتماعي، من دون أن نكون أكثر دقة وتحديدا في استخدامنا لكلا المفهومين.

إن لكل مفهوم من هذين المفهومين وظائفه التي تختلف عن وظائف الآخر. فمفهوم الرهاب الاجتماعي نشأ ووضع في محاولة لتحديد وتعيين اضطراب نفسي محدد. ولما كانت الوظيفة الأساسية له، والغاية المنشودة منه، هما أن يمثل أساسا للتدخل العلاجي، فيجب أن يكون تعريفه دقيقا للغاية، وله المعنى نفسه لدى كل الأطباء المعالجين،

ويستخدمه الجميع بأسلوب واحد من دون غموض أو إبهام كبير. وكذلك فهو يستخدم كأساس للاختيار بين عدد من البدائل العلاجية، وأيضا لتخصيص الموارد وتوزيعها على الأقسام الطبية، وتسوية أمور التأمين الصحي للأفراد. إنه أشبه ما يكون بالمصطلح الرسمي أو القانوني، بل إنه أحيانا ما يستخدم كمصطلح قانوني محدد. أما بالنسبة إلى **مفهوم الخجل**، فالوضع مختلف تماما، فليس هناك ما يمنع أو يحد من استخدامه بمعان ووظائف مختلفة، فالباحثون المختلفون أحرار في استخدامه بطرق متعددة ومتنوعة.

الشكل (٦-١): نموذجان للعلاقة بين الخجل والرهاب الاجتماعي

وربما تكون حدة الاستجابة الانفعالية أحد أهم أشكال التفرقة بين الخجل والرهاب الاجتماعي، حيث يشير الرهاب الاجتماعي إلى شكل أكثر حدة من القلق (الشكل ٦-١، النموذج الأول). ويمكنني أن

أوضح ذلك من واقع حالتي الشخصية. فأنا عادة عصبي، ويمكن أن ألتفت إلى شعوري بالذات، وبقدر من التوتر والقلق عندما أتحدث أمام مجموعة من الناس، سواء كان ذلك في لجنة أو اجتماع رسمي، أو في مناسبة اجتماعية. وأنا واثق بأنني لست الوحيد في ذلك، وإن كنت أتمنى أن أكون أكثر فاعلية وكفاءة في تلك المواقف. ومع ذلك، فأنا أيضا استمتع بالتجمعات، وأحرص على حضورها، وإن كان كثير من البنود في مقاييس القلق في المواقف الاجتماعية، تصدق وتنطبق علي. وكذلك فأنا أخاف من الأماكن المرتفعة، خاصة إذا تطلب الموقف أن أصعد سلما، أو أجلس في سطح الطابق العلوي في مبنى مرتفع. ولحسن الحظ، يمكنني تجنب كثير من تلك المواقف (أستطيع أن أستأجر من يصعد إلى سطح منزلي لإصلاح أو تثبيت إريال التلفزيون). وعندما أحاول أن أصعد سلما، أجد نفسي بعد ارتفاع معين، أشعر بأن جسمي تجمد من الخوف، وأتشبث بجانبي السلم وأنا أهدئ من روعي وأطمئن نفسي، نازلا إلى ارتفاع أقل لا أشعر فيه بهذا الخوف الشديد. وليس لدي أي شك، على الإطلاق، في أن هذا الخوف من الارتفاعات، هو درجة مختلفة من قلقي الاجتماعي. وعندما أكون في ظروف مختلفة، يكون فيها الصعود أمرا ضروريا لا مفر منه، أضطر إلى البحث عمن يساعدني. إنني لو أردت أن أتخيل شخصا يعاني الرهاب الاجتماعي، فإن هذا الشخص هو أنا عندما أكون في هذا المأزق.

لقد أثار هذا الفرق في حدة رد فعلي انتباهي ودهشتي، وجعلني أتساءل عما إذا كان من الممكن الاعتماد على حدة رد الفعل، كأساس للتمييز الدقيق بين فئتين مرضيتين واتخاذها محكا للتشخيص. الواقع أنني لا أعرف ما إذا كان الآخرون يقومون بهذا التمييز الدقيق بين هاتين الحالتين كما أفعل أنا أم لا. فيحتمل أن يكون هناك متصل كمي لمستويات الخوف، يتدرج من الخوف البسيط إلى الخوف الشديد، ويترك للطبيب الذي يشخص أن يحدد النقطة التي تمثل نهاية فئة مرضية من الخوف

الاجتماعي، وبداية فئة أخرى. أضف إلى ذلك أن هناك فروقا فردية في ترويض رد الفعل الانفعالي والسيطرة على حدته، وهو ما يجعل الاعتماد في التشخيص على حدة رد الفعل الظاهر على الفرد، أمرا صعبا وغير دقيق. وهو ما يحدث أيضا إذا اعتمدنا في التشخيص على تفسير الأفراد وتعليلهم وفهمهم لمخاوفهم، لأن ذلك يختلف من شخص إلى آخر، ويتأثر بالاتجاهات الاجتماعية حول ردود الفعل المناسبة في المواقف المختلفة. وعلى سبيل المثال، فالشخص ربما يتحمل القلق الشديد، ويصبر عليه في مواقف اجتماعية متعلقة بالخوف من الأماكن المرتفعة، حتى لا يقال عنه - مثلا - إنه «غير ناضج» أو «ليس رجلا أو لا يبدي سلوك الرجال». وأخيرا، فهناك أيضا مشكلات خاصة بمحك اضطراب حياة الفرد اليومية بسبب معاناته الرهاب الاجتماعي (المحك الخامس). فمن الممكن لفرد ما أن يجعل هذا الاضطراب أقل ما يمكن، وهو ما لا يكون متاحا لشخص آخر. فمن المتاح لي احتواء خوفي من الأماكن المرتفعة، وجعل أثره في حياتي بسيطا، غير أن ما يساعدني على ذلك هو ظروفي الخاصة، وليس أي شيء آخر يتعلق بطبيعة الموقف المثير أو الخوف ذاته. أضف إلى ذلك، أن تعريف الرهاب الاجتماعي يجب ألا يتضمن هؤلاء الذين يعانون درجة عالية من الخوف، لكنهم - رغما عن ذلك - يحاولون دائما مواجهة ذلك والتوافق معه وعدم الاستسلام له، بينما يجب أن يتضمن أولئك الذين لا يشعرون إلا بدرجة منخفضة من الخوف، لكنهم مع ذلك غير قادرين على احتماله والتوافق معه.

وهناك تصور آخر بديل، يرى أن الرهاب الاجتماعي هو حالة مرضية قائمة بذاتها ومتمايزة ومختلفة عن الخجل، وأن الخجل يمكن أن يجعل الفرد أكثر تهيؤا واستعدادا للإصابة بالرهاب الاجتماعي، أو يمكن أن يؤدي إليه، سواء بشكل مباشر، أو بتفاعله مع سمات وأبعاد أخرى في الشخصية (الشكل ٦-١، النموذج الثاني). فالخجولون - وفقا لهذا التصور - أكثر احتمالا للتعرض لمواقف وخبرات تجعلهم معرضين للإصابة بالرهاب الاجتماعي أكثر من غير الخجولين.

الدراسات الإمبريقية

قدم تيرنر وزملاؤه (Turner et al., 1990) عرضا للعلاقة بين الرهاب الاجتماعي والخجل. وتبنوا في تعريفهم الرهاب الاجتماعي، ذلك التعريف الوارد في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل (DSM-111-R)، لكنهم لم يتبنوا تعريفا بعينه للخجل. وأكثر ما يلفت الانتباه، فيما يتعلق بأوجه الفرق بين الخجل والرهاب الاجتماعي، هو الفرق بينهما في معدل الانتشار بين الجمهور العام. وكما رأينا من قبل، فإن الخجل - كما تم تعريفه وقياسه في بحث «ستانفورد» - منتشر في المجتمع، وأن أكثر من ٥٠ في المائة من الأمريكيين يعتبرون أنفسهم خجولين. كذلك فإن النتائج المستمدة من تقديرات الآباء والأمهات، لمدى خجل أطفالهم، توضح أن الخجل منتشر أيضا لدى الأطفال. وعلى الجانب الآخر، فإن تقديرات معدلات انتشار الرهاب الاجتماعي منخفضة. ففي دراسة مسحية شملت أكثر من ٨ آلاف مبحوث من الأمريكيين (Kessler et al., 1994)، قام فيها فريق من الأطباء والاختصاصيين المدربين بمقابلات تشخيصية مع هؤلاء الأفراد، لتحديد ما إذا كان المبحوث يعاني الرهاب الاجتماعي أم لا، بناء على المحكات التشخيصية الواردة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل. وتبين أن ٧,٩ في المائة من أفراد العينة يعانون الرهاب الاجتماعي منذ ١٢ شهرا فقط، في حين أن ١٣,٣ في المائة يعانونه طوال عمرهم. وتعني تلك النتائج أن الرهاب الاجتماعي، هو ثالث الأمراض النفسية انتشارا في الولايات المتحدة الأمريكية، بعد الاكتئاب (١٧ في المائة من الجمهور العام)، وإدمان الكحوليات (١٤ في المائة من الجمهور العام).

وعلى الرغم من أنه يبدو منطقيا، أن نستنتج من تلك النتائج، أن معدل انتشار الخجل أعلى كثيرا من معدل انتشار الرهاب الاجتماعي، فإن هناك ما يجعلنا أكثر حذرا في قبول هذا الاستنتاج. وعلى سبيل المثال، فنتائج هذا البحث المسحي ليست قائمة على أساس تشخيصات طبية حقيقية؛ أي على معلومات إحصائية مستمدة من سجلات طبية، أو من أقسام

الطب النفسي وعياداته والمترددين عليها من المرضى الذين تم تشخيصهم إكلينيكيا بأنهم مرضى بالرهاب الاجتماعي، ولكنها عبارة عن تقارير ذاتية قدمها الأفراد، يصفون فيها ما يواجهونه من صعوبات اجتماعية. وبالتالي، فإذا تبين أن مضامين تلك الأوصاف أو التقارير الذاتية، مشابهة لمضامين الخجل، فإن معدلات الانتشار في الحالتين سوف تكون متشابهة. والواقع أن هذا ما تبين بالفعل، عند إجراء تحليل للمقارنة بين تلك المضامين (Walker & Stein, 1995, PP.61-62)، حيث ثبت وجود قدر كبير من التداخل المفهومي، والتشابه بين مضامين الرهاب الاجتماعي والخجل. أضف إلى ذلك أن إجابات المبحوثين عن أسئلة المقابلة في هذه الدراسة المسحية، استخدمت أيضا لتقدير مدى استمرار الانضغاط الحادث للفرد بسبب معاناته الرهاب الاجتماعي ودرجته، وهو إجراء لم يتم في أي من الدراسات المسحية للخجل، الأمر الذي لا يمكِّننا من المقارنة بشكل سليم ودقيق بين معدلات انتشار كل منهما. إن مجرد الاكتفاء بالنظرة السطحية إلى الاحصاءات التي يتم الحصول عليها، من دون تحليل مضمون استجابات الأفراد، والتحديد الدقيق لطبيعتها، هو سبب أساسي للتباين في معدلات انتشار كل من الخجل والرهاب الاجتماعي في الدراسات المختلفة (المرجع السابق).

وخلص تيرنر وزملاؤه (1990) إلى وجود دليل إمبريقي على التماثل بين الخجل والرهاب الاجتماعي في كثير من الجوانب المعرفية والجسمانية والسلوكية. فكل من الخجولين ومن يعانون الرهاب الاجتماعي، يتسمون بالخوف من تقييم الآخرين تقييما سلبيا لهم، وغلبة الأفكار السلبية على تفكيرهم، وقلة الأفكار الإيجابية التي توجد لديهم خلال مواقف التفاعل الاجتماعي. وكلاهما يكشف عن درجة عالية من ضغط الدم الانقباضي، ومعدل ضربات القلب. وكذلك فهما متشابهان في الميل إلى تجنب المواقف الاجتماعية، والميل إلى الصمت في أثناء التفاعل. وقد يكون هناك فرق بينهما في مقدار ما يلاقونه من معاناة في أي من الجانب المهني، ومواقف الحياة اليومية المعتادة. فعلى الرغم من أن هناك

ما يدل على تشابههما في صعوبة تكوين الصداقات، وتكوين العلاقات الحميمة، وتأكيد الذات، والتحدث أمام جمع من الناس، فإن من يعانون الرهاب الاجتماعي ربما يواجهون انضغاطا أكبر، وتدهورا شديدا فيما يتعلق بأمور حياتهم اليومية المعتادة، بينما يعاني الخجولون - كما تبين من بحث ستانفورد - من صعوبات شديدة في أمور حياتهم المهنية. وكذلك يبدو أن المرضى بالرهاب الاجتماعي أكثر حرصا على تجنب مواقف التفاعل الاجتماعي الروتينية اليومية، ويحتاطون بشدة لعدم الانخراط فيها، بصورة أكثر مما نجده لدى الخجولين، وهو ما يعني أن الرهاب الاجتماعي يؤثر سلبيا في الحياة الاجتماعية اليومية، بشكل أقوى وأكثر مقارنة بالخجل.

جانب آخر ربما يمثل فرقا بين الخجل والرهاب الاجتماعي، هو أن الرهاب الاجتماعي ذو طبيعة مزمنة، إذ يتسم بالاستمرارية والدوام، وذلك على النقيض من الخجل. ويتضح ذلك مما قرره كثيرون في بحث ستانفورد، من أنهم شعروا بالخجل مرة واحدة في حياتهم، ومع ذلك اعتبروا أنفسهم خجولين. وفي إحدى الدراسات (DeWit et al., 1999) جرى جمع معلومات عن التاريخ السابق للرهاب الاجتماعي، لدى عينة يزيد عددها على ألف فرد. وتبين أنه بينما قرر ٥٠ في المائة منهم أنهم يعانون في الوقت الحالي الرهاب الاجتماعي، فإن متوسط طول زمن تلك المعاناة بلغ ٢٥ سنة، بل إن بعضهم أقر بأنه يعانيه منذ ٤٥ سنة متواصلة. وخلص الباحثون في هذه الدراسة إلى أن الرهاب الاجتماعي هو مرض مزمن Chronic ومتواصل (المرجع السابق، ص٥٦٩). وكذلك هناك ما يدل على أن الأشخاص الذين تم تشخيصهم إكلينيكيا بهذا المرض (الرهاب الاجتماعي) كانوا أكثر عرضة لتطور حالتهم إلى الأسوأ وإصابتهم بأمراض نفسية أخرى. فقد وجد البعض (Schneier et al., 1992) تلازما بين الرهاب الاجتماعي وتعاطي الكحوليات وغيرها من المواد الأخرى المؤثرة في الأعصاب، حيث تبين أن ١٩ في المائة من مرضى الرهاب الاجتماعي يعانون أيضا اضطراب إدمان

الكحوليات. وخلصت كذلك دراسات أخرى (Kessler et al., 1999) إلى وجود معدلات ارتباط جوهرية بين الرهاب الاجتماعي وكل من الاكتئاب والاضطرابات الوجدانية.

وكشفت المقارنة التي أجراها تيرنر وزملاؤه (1990) بين الخجل والرهاب الاجتماعي، عن أن الخجل عادة ما يبدأ في مرحلة عمرية مبكرة، مقارنة بالرهاب. إذ يمكننا أن نجد الخجل لدى الأفراد في سنوات طفولتهم، بينما يميل الرهاب الاجتماعي إلى عدم الظهور قبل سنوات المراهقة. وأظهرت الدراسات الوبائية Epidemiological أن العمر المعتاد لبدء ظهور الرهاب الاجتماعي هو الطفولة المتأخرة وبدايات المراهقة، على الرغم من أن دراسات أخرى أشارت إلى أنه من الممكن أن يوجد في سنوات الطفولة (Beidel & Turner, 1998, PP.59-62).

وتوصلت بعض الدراسات إلى أن الرهاب الاجتماعي في الطفولة، يرتبط بأحد الأمراض النفسية النادرة نسبيا، وهو «الصمت الاختياري» Selective mutism: (Black & Uhde, 1992)، الذي يعرف بأنه عدم قدرة الطفل على الكلام إطلاقا، في نوع واحد من المواقف، ولكنه يستطيع الكلام في مواقف أخرى. وهذا المرض هو ما كان يسمى سابقا «الصمت الانتقائي» Elective mutism، والذي فسره التحليل النفسي بأن الطفل المصاب يختار ألا يتكلم في موقف معين، لكنه يتصرف في هذا الموقف بطريقة تعكس الانتقال من حال يشعر فيها بأنه مرفوض من الآخرين (بسبب صراعات لا شعورية داخلية هو غير مدرك لها)، إلى حال يشعر فيها بالقلق. وبالطبع، فمن الضروري قبل أن نشخص تلك الحالة، أن نتأكد أولا من أن هذا الصمت لا يرجع إلى أسباب أخرى، مثل بعض الأمراض العصبية وبعض المشكلات الخاصة بارتقاء مهارات اللغة والكلام لدى الطفل. وأشارت نتائج بعض الدراسات، التي تناولت اضطراب الصمت الانتقائي لدى الأطفال، إلى أن الطفل الذي يصاب به عادة ما يكون طفلا خجولا وقلقا (Dow et al., 1995).

وثمة أسلوب آخر لفحص العلاقات الممكنة بين الخجل والرهاب الاجتماعي، وذلك من خلال الكشف عن مدى قدرة درجات خجل الفرد في مرحلة ما من حياته، على التنبؤ بإصابته بالرهاب الاجتماعي في مرحلة عمرية تالية. ولا شك في أن هذه العلاقة التنبئية سوف تتأثر بالعديد من العوامل، لأن إمكان تشخيص الفرد مستقبلا بالرهاب الاجتماعي من عدمه، يتوقف على عوامل عديدة، منها ما سوف يمر به من خبرات بعد قياس درجة خجله، ووعيه بما يُوجَد لديه من أعراض في المستقبل، وتفسيره لها، وأيضا الفروق بين الأطباء في معارفهم، واتجاهاتهم حيال الرهاب الاجتماعي، ومن ثم تشخيصهم له، وسعي الفرد إلى طلب المساعدة العلاجية، إذ من الجائز أن يصاب بالرهاب الاجتماعي، ولكنه لا يذهب للعلاج، وبالتالي لا يشخص. وعلى الرغم من كل ذلك، فمن الممكن لهذا الأسلوب أن يلقي لنا بعضا من الضوء، على ما إذا كان الخجل يؤدي إلى الإصابة بالرهاب الاجتماعي مستقبلا أم لا. وخلصت بعض الدراسات (Van Ameringen et al., 1998) إلى وجود معاملات ارتباط جوهرية بين الرهاب الاجتماعي، وكل من، مقياس «شيك – بص» للخجل (٠,٥٦)، وتقارير الأفراد الذاتية عن الكف السلوكي لديهم في سنوات طفولتهم (٠,٥٠).

واستعرض تيرنر وزملاؤه (١٩٩٦) نتائج بعض الدراسات التي فحصت العلاقة بين الكف السلوكي، واضطراب القلق لدى عينة من الأطفال. وتبين أن الكف السلوكي ارتبط بكل من اضطراب القلق، واضطرابات الرهاب التي شملت: الخوف من الحديث أمام مجموعة من الناس، والخوف من الغرباء، والخوف من الأماكن المزدحمة، والخوف من الحديث أمام الزملاء في الفصل الدراسي. غير أن تيرنر وزملاءه وجهوا إلى تلك الدراسات عددا من أوجه النقد، الأمر الذي يجعل من الصعب التعميم بناء على نتائجها. ومن تلك الانتقادات صغر أحجام العينات، كذلك فقد ضمت معا عددا من اضطرابات القلق،

واستخلصت منها جميعا درجة كلية واحدة، وهو ما يجعل من الصعب علينا أن نعرف على وجه الدقة نمط العلاقة بين الكف السلوكي وكل شكل من الأشكال المختلفة للرهاب الاجتماعي.

وعلى ما يبدو، فإن العلاقة بين الخجل والرهاب الاجتماعي تحتاج إلى تحليل مفهومي آخر، وإلى مزيد من البحث الإمبريقي. وأحد التصورات الجيدة في هذا الصدد هو افتراض أن هناك متصلا كميا متدرجا من الصعوبات الاجتماعية، يبدأ في أحد طرفيه بأقل درجات الصعوبة، وهي الخجل الموقفي، حيث يشعر الفرد بعدم الراحة في أحد المواقف الاجتماعية الصعبة وغير المألوفة، وينتهي عند الطرف الآخر من المتصل، حيث تسبب المواقف اليومية العادية - مثل تناول الطعام في مكان عام (مطعم) - حالة من الذعر الشديد للفرد، بل إن مجرد تخيله لنفسه في تلك المواقف، يؤدي إلى شعوره بالخوف الشديد. وبقدر ما يعانيه الفرد من خوف، بقدر ما سوف يبحث عن المساعدة ويطلب العلاج. فالذين يقعون على الطرف الأكثر خوفا على هذا المتصل، من المحتمل أن يكونوا هم أكثر الأفراد سعيا إلى طلب المساعدة والعلاج، ومن المحتمل أيضا أنهم هم الذين سوف يُشخَّصون على أنهم مرضى بالرهاب الاجتماعي. ومع ذلك، فليس مستبعدا أن يكون هناك من يعاني هذا الخوف الشديد، لكنه لا يطلب المساعدة المتخصصة، وأيضا أن يكون هناك من يطلب تلك المساعدة، لكن لن تُشخَّص حالته بأنه يعاني مرض الرهاب الاجتماعي.

وبالطريقة ذاتها، يمكن أن نتصور الذين يحصلون على درجات مرتفعة على متصل الخجل؛ فبعضهم - كما تبين من دراسة ستانفورد - شُخِّص بالفعل بأنه مريض بالرهاب الاجتماعي، والبعض الآخر من المحتمل كثيرا أن يُشخَّص بذلك، إذا ما طلب المساعدة والعلاج، وخضع للتقدير. فدرجاتهم المرتفعة على مقياس الخجل، تزيد من احتمال تشخيص الفرد بأنه مريض بالرهاب الاجتماعي. ولكن علينا أن نعرف أن هناك مقاييس أخرى مختلفة، مثل مقياس العصابية Neuroticism في مسح أيزنك للشخصية Eysenck Personality Inventory (EPI)، القادر أيضا على

التنبؤ بالإصابة بالرهاب الاجتماعي، وإن كان بدرجة أقل مما تتنبأ به مقاييس الخجل، وذلك لأن هناك قدرا كبيرا من التشابه والتداخل بين الخجل والرهاب الاجتماعي، مقارنة بما هو موجود بين العصابية والرهاب الاجتماعي. ومن المؤكد، أنه بالإمكان تحسين مقاييس الخجل، وزيادة دقتها وكفاءتها؛ لتكون أكثر قدرة على التنبؤ بالرهاب الاجتماعي، مقارنة بقدرتها على ذلك حاليا.

من جانب آخر، يجب أن تكون مقاييس الخجل حساسة للصعوبات الاجتماعية باختلاف درجاتها على هذا المتصل الافتراضي، بمعنى أنه يجب أن يكون هناك أفراد لا يشخصون بأنهم مرضى بالرهاب الاجتماعي، على الرغم من أنهم يعانون صعوبات في علاقاتهم الاجتماعية، وهم أولئك الذين نجدهم عندما يتحدثون عن صعوباتهم هذه، أو يصفونها، أو يفكرون فيها، يستخدمون كلمة الخجل، أو كلمات ذات صلة مباشرة بها مثل الارتباك وعدم الثقة بالذات والعصبية... إلخ.

غير أن إحدى المشكلات التي يمكن أن تواجه هذا المنحى، هي تلك المتعلقة بالأفراد الذين يحصلون على درجات مرتفعة على مقاييس الخجل، ثم بعد ذلك، تنخفض صعوباتهم الاجتماعية، بعد أن يتعرضوا لعلاج ما. فهل هؤلاء الأفراد أصبحوا بالفعل أقل خجلا؟ فإذا كانت درجاتهم على مقياس لسمة الخجل، أصبحت الآن (بعد العلاج) منخفضة، فهل يعني ذلك أننا يجب أن نعيد التفكير والبحث في تصورنا للخجل بأنه سمة ثابتة؟ إن الخطوة الأولى للإجابة عن تلك الأسئلة هي أن نميز بدقة بين وجود السمة في حد ذاتها، من جهة، وقياسها للفرد في وقت ما من جهة أخرى. وكذلك يجب أن نميز بين ما يسمى بسمة السطح Surface trait وسمة المصدر Source trait، وأن نعرف أن سمة السطح للخجل، يمكن أن تتأثر بالعديد من سمات المصدر، وبكثير من العوامل البيئية.

إن هناك ما يدل على أن الناس يمكن أن يصبحوا أقل خجلا بمرور الوقت، وربما يرجع ذلك إلى عدد من الأسباب، منها أن مفهومهم عن ذواتهم يمكن أن يتغير إلى الأحسن، أو يقل تركيزهم واهتمامهم بكيفية

تقييم الآخرين لهم، أو لزيادة خبرتهم بأنواع المواقف المثيرة للخجل. وبمفاهيم نظرية تقديم الذات، يحدث هذا التحسن نتيجة حدوث تغييرات في كل من دافعية الأفراد لخلق انطباع مرغوب عنهم لدى الآخرين، واعتقادهم بمدى قدرتهم على تحقيق هذا الانطباع. وكذلك فمن الممكن لأحداث الحياة المهمة، أن تغير من خجل الفرد. وعلى سبيل المثال، حين تصبح المرأة أما، فإن هذا يجعلها أكثر تأكيدا لذاتها، لأنها سوف تصبح مدفوعة، بل مجبرة على تلبية احتياجات طفلها في مواقف كثيرة ومتنوعة، بدرجة تفوق توقعها لأي ارتباك يمكن أن يواجهها في تلك المواقف. وهناك دلائل إمبريقية على حدوث هذا التغيير، وهو ما أشرنا إليه في الفصل الرابع، عندما عرضنا بعض النتائج التي أشارت إلى أن الشعور بالذات (الذي يمثل ركنا أساسيا في الخجل) يقل بعد مرحلة المراهقة.

هل القلق الاجتماعي مرض؟

ننتقل الآن إلى السؤال الثاني المتعلق بوضع كل من الخجل والرهاب الاجتماعي، ومدى اعتبار كليهما مرضا نفسيا، يمكن علاجه إكلينيكيا، بما في ذلك أسلوب العلاج الدوائي. فإذا كان الرهاب الاجتماعي، لا يمكن تمييزه عن الخجل «العادي» Ordinary، وإذا كان الخجل، وما يسببه للفرد من صعوبات اجتماعية، لا يختلف عن غيره من كثير من الخبرات السيئة والصعبة التي يمر بها الفرد في حياته اليومية، مثل الشعور بالحزن في بعض الأوقات، فإن هذا السؤال يصبح لا مبرر له، بل يصبح من الخطأ والخطر التعامل مع القلق الاجتماعي على أنه مرض نفسي.

لكن، من المؤكد أن هناك مدخلا آخر للنظر إلى تلك القضية. فإذا قبلنا بأن الخجل يمكن أن يقل أو يتعدل، وأن الناس يمكن أن يصبحوا أقل قلقا في تفاعلاتهم الاجتماعية، فإنه يصبح واجبا أخلاقيا أن نحاول تحديد الأساليب التي تؤدي إلى ذلك، وأن نجعلها متاحة للناس

كأساليب للاستخدام الشخصي. فدورنا وواجبنا أن نحدد تلك الأساليب ونوفرها، والناس أحرار، إما أن يستخدموها وإما ألا يستخدموها، وفقا لرأيهم فيها، وفي أثرها وكفاءتها. وعلى الرغم من أن هذا هو تقريبا رأيي الشخصي، فإنني أرى أيضا أن هناك آراء مضادة يجب أخذها في الاعتبار. فأولا: الناس ربما يتغيرون وحدهم من دون أي علاج، لأنهم مدفوعون إلى ذلك، وواقعون تحت ضغط - سواء مباشر أو غير مباشر - يدفعهم إلى هذا التغيير، متمثلا في التوقعات الاجتماعية للسلوك الملائم، وتأثيرات وسائل الإعلام... إلخ. وثانيا: إن البعض يقبل بهذا الرأي، ولكن من حيث المبدأ فقط، إذ لا يقبل مسألة العلاج الدوائي على وجه التحديد، فهو يرفض أن يعالج القلق الاجتماعي بالعقاقير والأدوية الطبية (*). ولقد كنت واحدا من المؤيدين لهذا الرأي، عندما قيل في موضوع الإقلاع عن التدخين. قبلت به لأن هناك عوامل وأساليب أخرى عديدة تدفع الأفراد إلى الإقلاع عن التدخين. فهناك ضغوط اجتماعية شديدة في هذا الصدد، وتوضع القيود أمام من يريد التدخين في الأماكن العامة، بالإضافة إلى أن هناك أساليب لمساعدة الأفراد على الإقلاع عن تلك العادة السيئة، إذا أرادوا ذلك. فعلى الرغم من أننا لم نُطالَب بالتعامل مع التدخين كمرض، فإننا على استعداد لأن نوافق على علاجه دوائيا، إذا كان ذلك سيساعد الناس على الإقلاع عن هذه العادة.

إن القضية فيما يبدو، هي أن الناس يريدون أن يقصروا مصطلح المرض Illness على الأمراض الجسمية فقط. وأعتقد أن ذلك ليس ملائما ولا يوجد ما يبرره. وأحد أسباب ذلك، أنه أصبح من الصعب حاليا، أن نفصل بدقة بين المشكلات الجسمية والمشكلات النفسية.

(*) هذه قضية مهمة تتطلب النظر إليها نظرة موضوعية، ونحن بصدد الحديث عن العلاج الدوائي في مختلف الأمراض والاضطرابات النفسية. فلا شك في أن العلاج الدوائي هو أحد العلاجات المتاحة، بالإضافة إلى غيره من العلاجات النفسية الأخرى مثل العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، بحيث تظل هناك تساؤلات كثيرة يتعين الإجابة عنها مثل: ما مدى جدواه مقارنة بالعلاجات الأخرى، وهل هناك ضرورة لاستخدامه، وما الآثار الجانبية التي تترتب على استخدامه، وفي أي مرحلة من مراحل العلاج يفضل، وهل يقدم مع بعض العلاجات الأخرى غير الدوائية، وهل يعطى في مختلف الأعمار بما فيها الطفولة.. إلخ [المترجم].

وعلى سبيل المثال، فإن اعتبار الفصام Schizophrenia مرضا نفسيا (*) أدى إلى كثير من الفوائد والنتائج الإيجابية، فقد قلت وصمة العار التي كانت تلحق بهذا المرض وبمن يصاب به، واختفى كثير مما كان يعزى من لوم ومسؤولية إلى كثير من خصائصه السلوكية، وفتحت الأبواب أمام علاجه وشفائه. فإذا لم يكن قد تم التوضيح، بأن هذا المرض يحدث بسبب خلل كيميائي معين في المخ، وأن هذا الخلل يمكن تصحيحه بالوسائل العلاجية الدوائية، فأعتقد أن الفصام كان سيتم اعتباره والتعامل معه بوصفه أحد أشكال الأمراض الجسمية.

إن التشخيص هو محاولة لإضفاء النظام على تعقيدات الحياة العقلية والسلوك. وعلى الرغم من أن كثيرا من الحالات النفسية الإكلينيكية المتمايزة، كالفصام والذاتوية (التوحد) Autism (**) اعتُرف بها كأمراض، فإن ذلك لم يحدث إلا بعد وقت طويل، ومجهود بحثي ضخم، أسفر في النهاية عن اتفاق عام على أنهما مرضان نفسيان. وهناك حالات نفسية أخرى، مثل الاكتئاب، تشارك الرهاب الاجتماعي وتشابهه من حيث عدم وجود حد فاصل محدد بين الفئة التشخيصية أو المرض المسمى «الاكتئاب» من جهة، والشعور بـ «الاكتئاب العادي» الذي يخبره معظم الناس، ولم يشخصوا قط على أنهم مرضى اكتئابيون، ولم يتلقوا أي علاج لذلك من جهة أخرى.

(*) الفصام أحد الأمراض النفسية الذهانية التي تشخص في ضوء مجموعة أعراض أساسية أهمها: اضطرابات التفكير واضطرابات الوجدان واضطرابات الإرادة والأعراض الكتاتونية (التصلبية او التخشبية) والضلالات (الهذاءات) والهلاوس واضطرابات السلوك. وقد أوضح أحمد عكاشة في كتابه الطب النفسي المعاصر، أن هذه الأعراض تختلف من مريض إلى آخر وفق شدة ومدة المرض. فأحيانا توجد كل هذه الأعراض لدى مريض واحد، وأحيانا يقتصر اضطراب المريض على عرض واحد فقط من هذه الأعراض [المترجم].

(**) تعرف الذاتوية (التوحد) كما وردت في سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية الصادرة عن مكتب الإنماء الاجتماعي الكويتي بأنها أحد الاضطرابات الارتقائية التي تصيب الأطفال قبل أن يبلغوا ثلاثين شهرا. وأهم أعراضه وجود مشكلات في اللغة والتواصل مع الآخرين المحيطين بالطفل الذاتوي (التوحدي). فهو يفتقد التواصل بشقيه اللفظي وغير اللفظي، بحيث لا يستطيع بدء عملية التواصل مع الآخرين أو المحافظة على استمرارها. كما أنه يعاني قصورا في مهارات التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، فهو منسحب تماما، ومنشغل انشغالا تاما بخيالاته وأفكاره وسلوكياته النمطية والمتكررة. وكذلك تأخر ارتقاء اللغة والمعرفة وعمليات التعلم، وورود انحرافات في العمليات الإدراكية البصرية والسمعية [المترجم].

إن التحليل المفهومي للاكتئاب، والبحث الإمبريقي المكثف فيه، هما اللذان يحددان ما إذا كان الاكتئاب متصلا كميا تدريجيا، يقع كل فرد على إحدى نقاطه (وتكون هناك نقطة محددة على هذا المتصل، عندها يكون التمييز بين الأفراد الذين يطلق عليهم «مرضى» اكتئاب، وغيرهم من الأفراد)، أم أن هناك فروقا كيفية بين مرضى الاكتئاب وغيرهم من الأفراد. ويمكن لأحد مقاييس الاكتئاب، مثل قائمة بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory (Beck, 1989) أن يمدنا بتوزيع درجات الأفراد عليه، بالطريقة نفسها التي يمكن لمقياس «شيك - بص» للخجل أن يفعل بها ذلك. إن دراسات الاكتئاب لم تكن فقط على عينات مرضية إكلينيكية، بل أيضا على عينات من غير المرضى، وهو ما أسفر في النهاية عن الوصول إلى علاجات دوائية فعالة، تريح الناس من أعراض الاكتئاب.

ويلفت نظرنا، هذا التشابه في التقدم البحثي، في كل من الرهاب الاجتماعي، ومرض النشاط الحركي الزائد المصحوب باضطراب الانتباه Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)، فكلاهما كان موضوعا لعدد ضخم من الأبحاث في مدة زمنية قصيرة، وكلاهما متضمن كفئة مرضية تشخيصية في الدليل التشخيصي والإحصائي. وكذلك فإن تعريف كل منهما ومحكات تشخيصه لم تصبح بعد راسخة مستقرة، إذ تتعدل من طبعة إلى أخرى، من طبعات هذا الدليل التشخيصي. ولقد كانت مكونات مرض النشاط الحركي الزائد المصحوب باضطراب الانتباه - وهي ثلاثة مكونات: النشاط الحركي الزائد والاندفاعية ومشكلات الانتباه - محلا للدراسة والبحث المكثف، من دون أن يكون هناك اتفاق بين الباحثين على طبيعة علاقة كل منهما بالآخر، ولا على ما إذا كانت تلك المكونات تشكل معا مرضا واحدا أو فئة تشخيصية واحدة، أو أن كلا منهما يمثل مرضا قائما بذاته. وافترضت تلك الأبحاث، أن ثمة أساسا بيولوجيا عصبيا لمظاهر هذا المرض، وأن الناقلات العصبية المعروفة باسم السيروتونين Serotonin والكاتيكولامينات Catecholamines تقوم بدور

مهم في هذا الشأن، بالإضافة إلى الدور الفعال لبعض الأجزاء الأمامية للمخ (تماما مثلما يفترض الباحثون بخصوص الرهاب الاجتماعي). ونتيجة لذلك، توصلوا إلى علاج دوائي مناسب يتحكم بفاعلية ويخفض كثيرا من النشاط الزائد للطفل، الذي كان يسبب كثيرا من المشكلات، سواء للطفل أو للمتعاملين معه، إذ ثبت أن انتظام الطفل في تناول أحد العقاقير المنبهة، وهو الريتالين Ritalin، عددا من المرات كل يوم، يؤدي إلى تحسن سريع، حيث تزيد قدرته على التركيز، وقدرته على التحكم في ردود أفعاله الاندفاعية.

وعلى الرغم من أن هذا النجاح كان بمنزلة الأمل والنجدة لهؤلاء الذين يعيشون مع مثل هذا الطفل ويتعاملون معه، فإن هذا الاعتماد على العلاج الدوائي لضبط سلوك الأطفال، كان ولايزال محل رفض وتحفظ كثيرين. ومن أسبابهم في ذلك الآثار الجانبية للعقار المستخدم، وعودة ظهور الأعراض بعدما يضعف أثر الدواء تدريجيا. أضف إلى ذلك أن الناس لايزالون يحملون اتجاهات سلبية، إلى حد ما، تجاه المرضى النفسيين الذين يعالجون بالعقاقير والأدوية، أو يُحتجَزون في المستشفى مددا طويلة.

وعلى ما يبدو، فإن نمط المشكلات الذي يوجد لدى الأطفال الذين يعتبرون مرضى بالنشاط الزائد المصحوب باضطراب الانتباه هو نمط معقد، وله أبعاده البيئية، خصوصا ما يتعلق بالسياق المدرسي الذي يوجد فيه الطفل. ومن ثم، فليس من المرجح أن مشكلات بمثل هذا التعقيد، يمكن حلها - ببساطة - بالعلاج الدوائي فقط. فإذا كان العلاج الدوائي يؤدي إلى تحسن وقتي لدى البعض، فإن ذلك يفتح الباب أمام إمكان الوصول إلى أساليب علاجية أخرى، تربوية ونفسية واجتماعية. وبالمنطق نفسه يمكننا القول إننا يجب ألا ننظر إلى الأساليب الطبية التي تُخفِّض نوبات الفزع التي تحدث للبعض في المواقف والتفاعلات الاجتماعية، على أنها الحل النهائي، أو الأسلوب الوحيد لعلاج أو تخفيف تلك النوبات، بل هي أحد

الحلول المطروحة، مع عدم تجاهل إمكان الوصول إلى أساليب علاجية أخرى. وفي الجزء التالي نعرض بعض الأساليب غير الدوائية لعلاج أو تخفيف القلق الاجتماعي.

المنحى السلوكي - المعرفي (*)

النظريات السلوكية للقلق

تؤكد نظريات التحليل النفسي أن القلق يحدث دائما بسبب صراعات لا شعورية لدى الفرد، ومن ثم فإن أي محاولة علاجية تستهدف الأعراض الظاهرية له فقط لن تكون فعالة، لأن الأسباب الأساسية لتلك الأعراض مازالت باقية كما هي لم تتغير. وهو ما يعني أن أي تحسن يطرأ على الفرد نتيجة تناقص شدة الأعراض الظاهرية لقلقه، إنما هو - في أحسن الأحوال - مجرد تحسن وقتي، وأن الذي يحدث في الغالب، هو أن أعراضا أخرى بديلة سوف تظهر لتحل محل الأعراض التي نعتقد أننا نجحنا في تقليل شدتها أوالتخلص منها. ومعنى هذا أن التحليل المنظم لطبيعة الصراع اللاشعوري الكامن لدى الفرد، هو الأسلوب الوحيد لعلاجه وشفائه. وتختلف طريقة القيام بهذا التحليل من محلل نفسي إلى آخر، بناء على النظرية التحليلية التي يتبناها المحلل النفسي. ولكن في كل الأحوال، يستغرق التحليل النفسي وقتا طويلا وتكلفة مادية عالية للمريض. ويرفض أصحاب

(*) العلاج السلوكي هو أسلوب علاجي يستخدم مبادئ عملية التعلم وقوانينها ونظرياتها، ويطبقها تطبيقا عمليا لإحداث تغييرات في سلوك الأفراد للتغلب على بعض المشكلات السلوكية التي تواجههم. وذلك بتعديل سلوكهم غير السوي المتمثل في الأعراض المرضية التي يعانونها، وتنمية سلوكهم الإرادي السوي. أما العلاج المعرفي السلوكي، فيهدف إلى محاولة دمج الفنيات التي ثبتت فاعليتها في العلاج السلوكي مع الجوانب المعرفية للحالات المرضية. هذا بالإضافة إلى اهتمام العلاج المعرفي بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي المحيط به من أجل إحداث التغييرات المنشودة في سلوكه، ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي - كما ورد في سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية لمكتب الإنماء الاجتماعي بالكويت - تغيير السلوك من خلال عدة مراحل، الأولى: تدريب الفرد لكي يكون ملاحظا جيدا لسلوكه، ومساعدته على تحديد مشكلاته في ضوء النظر إليها على أنها قابلة للحل. أي حث الفرد وتشجيعه على اكتشاف ذاته ومراقبتها. والثانية: تتم فيها مساعدة الفرد على إحداث التغيير المعرفي والانفعالي والسلوكي. أما المرحلة الثالثة، فتركز على تعزيز التغييرات التي تم إحداثها في سلوك الفرد وتعميمها على سياقات أخرى، وتجنب حدوث الانتكاس [المترجم].

المنحى السلوكي هذه النظريات التحليلية، ويفترضون أن أصول القلق وأسبابه تكمن في خبرات التعلم التي تعرض لها الفرد. فالقلق - شأنه شأن أي عادة من العادات - يكتسب من خلال عمليات التعلم، وبالتالي يمكن ألا نتعلمه، وكذلك يمكن علاجه، والتخلص من أعراضه ومظاهره من خلال عملية يسميها السلوكيون عملية التشريط Conditioning.

والدراسة الرائدة في هذا التوجه السلوكي هي تلك التي أجراها جون واطسون John Watson أحد أقطاب النظرية السلوكية في علم النفس، ونجح من خلالها أن يعلم أحد الأطفال الصغار خوفا مرضيا أو رهابا (Watson & Rayner, 1920)، كان واطسن يقدم للطفل في هذه الدراسة صوتا قويا مزعجا (المنبه غير الشرطي) عندما يمسك بفأر أبيض صغير (المنبه الشرطي) كان الطفل سعيدا وهو يلعب به. وبعد تعرض الطفل لهذا التزاوج بين المنبهين عددا من المرات، بدأ يتحاشى الفأر، وتبدو عليه علامات الخوف والقلق عندما يراه. وسبب ذلك هو أن هناك تشريطا (ارتباطا قويا) قد حدث لدى الطفل بين هذا الفأر (الذي كان في البداية منبها محايدا لا يخاف الطفل منه) والصوت المزعج، ومن ثم أصبح الطفل يخاف من هذا الفأر. ومن الممكن إزالة هذا الخوف من خلال عملية تعلم أخرى مضادة يسميها السلوكيون، الانطفاء Extinction (*)، يُقدَّم فيها من جديد المنبه الشرطي (الفأر)، ولكن في غياب المنبه غير الشرطي (الصوت المزعج)، وبعد عدد من المرات، سنجد أن خوف الطفل من الفأر سوف يبدأ ينخفض تدريجيا، إلى أن يزول تماما. غير أن نتائج هذه الدراسة كانت محلا للجدل بعد ذلك، إذ لم تتكرر هذه النتائج في دراسات أخرى مشابهة، كذلك فإن استجابة الخوف الشرطية، التي تعلمها الطفل، ظلت باقية مدة طويلة، وكشفت عن

(*) عندما يصدر الفرد الاستجابة الشرطية من دون التدعيم (المنبه غير الشرطي الذي يعقب المنبه الشرطي)، فإنها تتضاءل تدريجيا حتى تختفي وهو ما يقصد بالانطفاء. ولكن هذا الانطفاء لا يؤدي إلى زوال الاستجابة الشرطية تماما. فبعد مرور فترة زمنية لا يحدث فيها تكرار لعملية التدعيم (تقديم المنبه غير الشرطي)، تعود الاستجابة الشرطية من جديد بمجرد تقديم المنبه الشرطي، وهذه العملية تسمى العودة التلقائية Spontaneous recovery [المترجم].

مقاومة كبيرة للانطفاء (Eysenck, 1982, P.213) ومع ذلك، فقد كان هذا المنحى مؤثرا للغاية، وخرج من عباءته عدد كبير من أساليب خفض القلق وعلاجه.

وتلا ذلك عدد من البحوث المعملية التجريبية، هدفت إلى الكشف عن الدور الذي يلعبه التشريط في اكتساب وتطور القلق. وعلى سبيل المثال، زاوج الباحثان في إحدى الدراسات(Ohman & Dimberg, 1978) بين منبه مؤلم غير شرطي (صدمة كهربية خفيفة) ومنبه محايد (رؤية صورة وجه غاضب)، وبعد عدة مرات أصبح الأفراد يخافون بمجرد رؤيتهم صورة هذا الوجه، ومن دون تعرضهم للصدمة الكهربية، وهو ما يعني أن صورة الوجه تحولت إلى منبه شرطي يثير الاستجابة الشرطية وهي الخوف. وكذلك قارن الباحثان في تلك الدراسة بين الخوف الشرطي المتعلم عند استخدام ثلاثة أنواع من الوجوه (الوجه الغاضب كما في الدراسة الأساسية، ووجه سعيد، ووجه محايد لا يحمل أي انفعالات محددة). وقد تبين أن التشريط الحادث في حالة استخدام الوجه الغاضب كان أقوى، إذ كان الخوف الشرطي المتعلم في هذه الحالة أكثر مقاومة للانطفاء، مقارنة بالوجهين الآخرين. وتبين أن قوة هذا التشريط تزداد، وبالتالي يكون الخوف المتعلم أقوى، عندما تكون العينان في الوجه الغاضب، موجهتين مباشرة إلى الفرد محملقتين فيه (Ohman et al., 1985).

ويوضح هذا البحث عددا من النقاط. فأولا، من الممكن تعلم الخوف واكتسابه من شيء معين، ثم إزاحة هذا الخوف والتخلص منه تجريبيا في المعمل، من خلال إجراءات محددة، هي إجراءات التشريط. وثانيا، إذا كان المنبه المحايد المستخدم يتضمن تعبيرات أو ينطوي على إشارات موجهة مباشرة إلى الفرد، فإن الخوف الشرطي المتكون يكون أقوى. وأخيرا، يبدو أن هناك بعض أنواع من المنبهات تكون أكثر قوة في استثارة استجابات الخوف الشرطي، مقارنة بمنبهات أخرى. فمن السهل أن نكوِّن تشريطا باستخدام وجه غاضب، مقارنة بوجه سعيد، وهو ما يتسق مع نتائج بعض

الدراسـات التي خلصت إلى أن هناك أنواعـا من المنبـهـات تكون أكـثـر «جاهزية» للتشريط مقارنة بغيرها (Seligman, 1971)، ففي دراسة واطسن، ربما كان تكوين الخوف الشرطي لدى الطفل أسهل، مما لو كان «أيزنك» قد استخدم منبها آخر غير هذا الحيوان الصغير (الفأر)، إذ يبدو أن هناك أساسا بيولوجيا لذلك، حيث تبين أن رهاب الحيوانات عادة ما يكون مركزا في الخوف من أنواع بعينها من الحيوانات، أهمها العناكب والقوارض والثعابين. وعرض «سيليغمان» (المرجع السابق، ص٣١٢) لهذه النقطة، مشيرا إلى أن الرهاب يشمل عددا محدودا نسبيا من الأشياء، مثل رهاب الأماكن المتسعة، والخوف من حيوانات معينة، ورهاب الحشرات، والخوف من الظلام. فالخوف من تلك الأشياء هو الشائع لدى أغلبية من يصاب بالرهاب، ما يرجح أن لهذا الخوف من تلك الأشياء، على وجه التحديد، أساسا بيولوجيا.

وكذلك فهناك من يرجح (Ohman & Dimberg, 1978) أن ثمة أساسا بيولوجيا للخوف من بعض تعبيرات الوجه المحددة، وهي التي تعطي انطباعا لمتلقيها أنه محل رفض الآخرين. ويقوم هذا الترجيح على افتراض مؤداه، أن الكائن الذي يعتمد بقاؤه على قيد الحياة على العيش وسط مجموعة (كالإنسان)، يطور بداخله ما يجعله أكثر حساسية للإشارات الدالة على أي من المكافأة أو العقاب الاجتماعي.

وتبنى باحثون آخرون (Gilbert & Tower, 1990) افتراضا مماثلا فيما يتعلق بالرهاب الاجتماعي، إذ افترضوا أن له أصلا بيولوجيا يرتبط بعلاقات السيطرة والنفوذ داخل الجماعة.

وتبعا لنموذج التشريط، فإن خوف الفرد من الدخول في تفاعل معين في أحد المواقف الاجتماعية يمكن أن ينطفئ ويزول، إذا عُرِّض الفرد لهذا الموقف عدة مرات في غياب المنبهات غير الشرطية التي كانت السبب في خوفه منه. وهذه هي الفكرة الأساسية التي قام على أساسها عدد من أساليب علاج الرهاب الاجتماعي. فإذا استطعنا إعادة ترتيب ظروف وملابسات الموقف الاجتماعي الذي يخافه الفرد - مثل موقف تناول

الطعام في مكان عام أومع آخرين - إذ يمكن للفرد أن يخبره من دون أن يرتبك أو يشعر بالإذلال، فإن هذا الموقف لن يصبح منفرا مكروها من الفرد. وتعتمد إحدى الطرق التي تمكننا من ذلك، على أن نعيد إقحام الفرد ليعايش هذا الموقف واقعيا (يواجه الفرد الموقف المخيف واقعيا كما هو، وموقفا آخر محاكيا له، أو موقفا أقل خوفا منه، بل الموقف المخيف بحذافيره). فالعامل الحاسم هنا هو مواجهة الموقف، لا تجنبه كما يفعل الفرد، لأن استجابة التجنب يمكن أن يحدث لها تشريط، وبالتالي تستمر موجودة مع الفرد، حتى لو لم يكن يتفاعل إلا نادرا مع المنبه المؤلم الذي أدى إلى هذا الخوف في بادئ الأمر. فالشخص الخجول، الذي لا يشارك في حوار ما، ليتجنب الشعور بالإذلال والخزي إذا ما قال شيئا خاطئا أو سخيفا، إنما يفعل ذلك نتيجة تشريط لديه جعله يستبق الأحداث، فهو لا يتكلم (الاستجابة الشرطية) على الرغم من عدم وجود المنبه الشرطي (رفض الآخرين وشعوره بالإذلال والخزي)، وبالتالي فهو يتجاهل الموقف ويحرم نفسه من فرصة أنه من المحتمل أن يتكلم، ويلقى ما سوف يقوله قبول الآخرين واحترامهم.

لكن إحدى المشكلات التي ربما تواجه هذه الطريقة - تعريض الشخص مباشرة للموقف الواقعي الذي يخافه - أن الفرد الخائف ربما يغرق في القلق بمجرد إقحامه ومواجهته المباشرة للموقف المخيف. فبمجرد دخوله إلى المطعم - مثلا - قد لا يكون متاحا أن نتحكم في الظروف الموجودة إذ نجعله يواجه الموقف بترتيب جديد، أو بشكل مختلف عن ذلك الذي يسبب له النفور والخوف. لهذا، طور السلوكيون أساليب تكميلية إضافية للتعامل مع هذه المشكلة. ويتضمن أول هذه الأساليب التدريب على الاسترخاء وتعليم الفرد كيف يسترخي. فمن الممكن لأي شخص أن يتعلم كيفية شد وإرخاء عضلات جسمه بطريقة منظمة وتدريجية، ويؤدي ذلك إلى زيادة وعي الفرد بما يكون عليه، وبما تكون عليه تلك العضلات في أثناء استرخائه، وتمكينه من إرخاء عضلاته في مواقف الخوف والقلق. فعضلات الذراعين والرجلين

والجذع والرأس والرقبة، يمكن أن تشد وترخى بإجراءات منظمة محددة، يتم تدريب الفرد عليها. وتشمل تلك الإجراءات مجموعة تمارين رياضية، مسجلة على شريط، يقوم الفرد بتنفيذها عددا من المرات، متبعا التعليمات المصاحبة. وبالتدريج سوف يكتسب قدرة التحكم في هذه العضلات. ومنطق هذا البرنامج التدريبي الخاص بتعلم شد وإرخاء العضلات هو أن استجابات القلق، واستجابات الاسترخاء، ضدان لا يجتمعان، ولا يمكن أن يحدثا معا في وقت واحد، وبالتالي فإن الفرد عندما يسترخي عمدا في أثناء مواجهته الموقف الضاغط، فلن تكون هناك فرصة لظهور أي استجابات قلق لديه.

الأسلوب الثاني، يسمى «التسكين المنظم» Systematic desensitization، فبدلا من المواجهة المباشرة مع الموقف المخيف كاملا وبكل عناصره، يتم تحليل وتقسيم مكونات هذا الموقف المقلق، ثم تقدم للفرد بطريقة متدرجة واحدا بعد الآخر، ومن الأسهل إلى الأصعب، أو من الأبسط إلى الأكثر تعقيدا. وعلى سبيل المثال فقبل أن نذهب بالفرد إلى المطعم، يمكن للمعالج أن يدربه على أن «يتخيل» نفسه وهو في طريقه إلى المطعم، فقط في طريقه إلى المطعم، ثم يمضي معه، وبالتدريج، فيجعله يتخيل تفاصيل الموقف واحدا بعد الآخر... وهو يقرأ قائمة الطعام، ثم وهو يختار ما يريد، ثم وهو يتناول طعامه... إلخ. ويمكن أن نطلب من المريض أن يتخيل ذلك وهو وحده في هذا الموقف، ثم وهو مع آخرين يعرفهم، ثم وهو يتناول طعامه في مطعم مكتظ بالناس. هذا بالإضافة إلى أنه يتم تدريب المريض على الاسترخاء في أثناء تخيله هذه الأحداث، إلى أن نصل إلى مرحلة أنه لم يعد يخاف أو يضطرب وهو يتخيل نفسه فيها. وبعد انتهاء التخيل المنظم، يمكن أن نطلب من المريض أن يخوض خبرة الذهاب فعليا إلى المطعم. وبالطبع، فإنه من الممكن أيضا تجزئة هذه الخبرة الحية إلى عدد من المراحل المتدرجة، نتناولها واحدة بعد الأخرى، وبشكل تدريجي منظم.

لقد كان للمنحى السلوكي دوره المهم في تطور علم النفس ليصبح تخصصا علميا دقيقا، يعتمد على الوسائل التجريبية في دراسة الحياة النفسية للأفراد. وكذلك فإن أسلوبه العلاجي يقوم على أساس مفاهيم محددة، وعلى نتائج دراسات تجريبية دقيقة. ودائما ما تخضع أساليبه العلاجية للتقييم الكمي الدقيق، إذ يعتبر مفاهيم مثل «شفاء» و«تحسن» مفاهيم ذاتية وغير دقيقة، وتتحدد وفق كثير من العوامل، غير آثار الأسلوب العلاجي المستخدم. لهذا فإن الباحثين السلوكيين يؤكدون أن جوهر الاهتمام يجب أن ينصب على ملاحظة السلوك وقياسه قياسا موضوعيا دقيقا. ومن ثم يجب أن نحدد في البداية عند علاج أي اضطراب نفسي، وقبل بدء العلاج، درجة سلوك الفرد، أوما يسمى بخط الأساس Baseline، ثم تقارن حالة الفرد عند هذا المستوى - كميا - بحالته بعد انتهاء العلاج. ويستخدم العلاج السلوكي مع الحالات الفردية، وأيضا مع المجموعات. وفي حالة المجموعات، إما أن تتم المقارنة بين درجات الأفراد قبل العلاج وبعده، وإما المقارنة بينهم ومجموعة أخرى ضابطة لم تخضع للعلاج. ويعد هذا أمرا ضروريا لدى السلوكيين، لكي تتسم دراساتهم بالعلمية. لهذا ارتبط المنحى العلاجي السلوكي بعدد ضخم من الدراسات التي تقارن بين فاعلية أساليبه العلاجية المختلفة. وسوف نعرض لبعض تلك الدراسات، بعد أن نعرض لأسلوبين علاجيين آخرين، هما التدريب على المهارات الاجتماعية والعلاج السلوكي المعرفي.

التدريب على المهارات الاجتماعية

المنطق الأساسي لهذا المنحى العلاجي هو أن الناس تشعر بالقلق الاجتماعي، إما لأنهم يفتقرون إلى الثقة بقدرتهم على الإسهام والمشاركة بفاعلية في التفاعلات الاجتماعية، وإما لعدم قدرتهم على التماسك والتوازن النفسي في تلك المواقف، وما يسببه لهم ذلك من مشكلات. وبناء على ذلك، فإن أصحاب هذا المنحى يرون أنه حتى لو كان تعريض الفرد للموقف الذي يخافه، أو التسكين المنظم، يؤدي إلى خفض خوف الفرد

وقلقه، فإن نقص مهاراته الاجتماعية، سوف يجعله غير محصن ضد الشعور بالارتباك والإذلال. وإحدى طرق زيادة وترسيخ ثقة الفرد بذاته هي أن نساعده على أن يصبح فاعلا اجتماعيا مؤثرا. وبناء على ذلك تم وضع عدد من الأساليب التي يمكن من خلالها تحقيق هذا الهدف.

وتبدأ تلك الأساليب بملاحظات منظمة، وجمع معلومات عن الأداء الاجتماعي للفرد، لتحديد المواقف الاجتماعية التي يسلك فيها بطريقة غير ملائمة أو غير ماهرة. وبناء على تلك الملاحظات والمعلومات يجري تصميم برامج تدريبية لزيادة السلوك الاجتماعي الماهر لدى الفرد.

وجرى تحديد عدد كبير من المهارات الاجتماعية المختلفة التي يمكن تنميتها. واعتمدت بعض الدراسات في ذلك (Van der Molen, 1990, PP.272-275) على تحليل موقف الحوار، وكيفية تبادل الرسائل التواصلية فيه، حيث يؤدي كل فرد دور المتكلم، ثم دور المستمع. وجرى التمييز بين نوعين من مهارات التواصل: مهارات الإرسال Sender skills ومهارات الاستقبال Receiver skills، وصُنِّفت مهارات الإرسال (أو التحدث) إلى نوعين: مهارات فاعلة Active skills، حيث يأخذ الفرد زمام المبادأة بالحوار (يطلب إيضاحات ويبدي رأيا ويوجه نقدا ويعبر عن مشاعره ويقدم معلومات عن شخصه)، ومهارات استجابية Responsive skills، وهي تلك التي تساعد الفرد على الاستجابة بشكل ملائم للآخرين (إبداء الرفض والرد على النقد والاستجابة لتعبيرات الآخرين عن انفعالاتهم ومشاعرهم). أما مهارات الاستقبال (أو الاستماع)، فتتضمن الإنصات الجيد، والتساؤل باستخدام أسئلة مختلفة في نوعها أو طبيعتها، وتفهم مشاعر المرسل وانفعالاته.

ويشمل هذا المنحى العلاجي عددا من الأساليب النوعية، يمكن الإلمام بها باستعراضنا للمكونات المحورية في برنامج التدريب على المهارات الذي أعده فان دير مولين Van der Molen، والخطوة الأولى في هذا البرنامج هي القدوة أو النمذجة Modelling، حيث يؤدي شخص أو نموذج المهارة المعنية، وعادة ما يكون ذلك من خلال الفيديو، ويُقدَّم كل من الأداء الخطأ،

والأداء الصحيح المطلوب تعلمه في الموقف الاجتماعي المعين. ويلفت النموذج نظر المتعلم إلى النقاط الأساسية في الموقف، بحيث يمكن للمتعلم أن يكون نموذجا تصوريا لكيفية تكامل مكونات المهارة المعنية وعملها معا بكفاءة. وبعد ذلك يؤدي المتعلم عمليا لتلك المهارة، ويُسجَّل ذلك بالفيديو، ليحلل بعد ذلك. ويتحدث المعالج مع المتعلم في أثناء أداء الأخير المهارة والتدريب عليها، موضحا له السلوك الصحيح الفعال الذي يجب دعم استمراره، والآخر الذي يجب تغييره أو تطويره. وبعد ذلك يقدم النموذج ملخصا لما تم تعلمه بالفعل، ويوضح للفرد الجوانب التي لاتزال في حاجة إلى مزيد من التدريب. ويؤكد هذا المنحى التدريب العملي على المهارة المعنية، من خلال ما يعرف بأداء الدور Role playing، بالإضافة إلى أنه يكلف الفرد بواجبات محددة يقوم بها كجزء من البرنامج التدريبي، ليست فقط مجرد تكرار لما تعلمه في جلسات التدريب، بل لتطبيق المهارات التي تعلمها، في مواقف أخرى جديدة ومتنوعة، وهو ما يعرف بانتقال أثر التدريب Transfer of learning، ومع التقدم في خطوات البرنامج، يجري حث الفرد وتشجيعه على تنفيذ وتطبيق ما تدرب عليه من مهارات، في المواقف التي كانت تسبب له القلق من قبل.

لكن هذه الأساليب تثير عددا من القضايا: أولاها، أن المهارة الواحدة هي شيء معقد، ويمكن النظر إليها عبر عدد من المستويات، فهي ربما تشير في مستوى معين منها إلى مستوى بالغ الصغر Micro-level من التفاعل الاجتماعي، وهذه هي الحال عندما نقول: مهارة الوقت الصحيح لإصدار الاستجابة، أو مهارة النظر في عين الطرف الآخر، أو مهارة أن أظهر للطرف الآخر أني أسمعه جيدا، أو مهارة أن أكون حساسا للوقت الذي يجب أن أتكلم، والوقت الذي يجب أن أسكت ليتكلم الآخر. فكل تلك المهارات يمكن أن تكتسب، لكن ذلك سيكون بشكل آلي وجامد، ومن دون أن يصبح الفرد بالفعل ماهرا في مستوى آخر من التفاعل الاجتماعي أعمق وأوسع، مستوى يكون فيه قادرا على الإسهام بفاعلية في تحديد موضوع الحوار أو المناقشة، وتوجيهه وتشكيله ليمضي بالأسلوب الذي

يحقق أهدافه منه، وأن يكون - في الوقت نفسه - مدركا لأهداف واحتياجات الأطراف أو الطرف الآخر، وأن يناغم بين سلوكه وسلوك الآخر... إلخ. إن التفاعلات الاجتماعية أعمق كثيرا من تلك «المهارات الجزئية المتناثرة» التي ندرب الأفراد عليها، وليست مجرد تدريبات لإرسال واستقبال الرسائل التواصلية. أضف إلى ذلك، أن الشخص لكي يكون ماهرا اجتماعيا، يجب أن يكون مرنا وحساسا في سلوكه الاجتماعي، وقادرا على تطويع هذا السلوك ليتوافق مع ما يطرأ على الموقف من مستجدات. فلا بد من أن يكون قادرا على الاختيار من بين مدى واسع من الاستجابات الممكنة، وليس مجرد أن يجتر أفعالا مهارية جزئية محددة، سبق أن تعلمها وطبَّقها آليا في بعض المواقف. فالسلوك الاجتماعي الفعال هو سلوك استراتيجي، وليس مجرد سلسلة متتابعة جامدة من المكونات السلوكية الصغيرة المعزولة بعضها عن بعض. إنني مقتنع بأن الفرد يمكن أن يتعلم كل مكونات مهارة ما، لكنني غير مقتنع بأنه يمكن تعلمها من خلال مثل تلك الإجراءات المستخدمة في برامج التدريب على المهارات الاجتماعية. ولعل مثل هذه التحفظات هي التي مارست أثرها، وأدت إلى ظهور المنحى المعرفي في العلاج.

قضية أخرى، هي أن الخجولين أو من يتم تشخيص حالاتهم بأنهم مرضى بالرهاب الاجتماعي، من الممكن جدا ألا يكون لديهم أي قصور أو نقص في مهاراتهم الاجتماعية. فقد سبق أن عرضنا أدلة على أن كثيرا من هؤلاء الأفراد يبالغون في التقليل من شأن مهاراتهم، ويميلون إلى إدراك أدائهم الاجتماعي على أنه أسوأ مما هو عليه بالفعل، أو مما يقدره الآخرون. وكذلك يكون من الصعب على الخجول أن يعتمد على مخزونه المهاري، إذا ما انتابه القلق، أو بالشعور الزائد بالذات. والخجل - كما قلنا سابقا - يبدو أنه موقفي، وهو ما يعني أن الفرد قادر بالفعل على أن يسلك مواقف معينة بشكل أكثر فاعلية ومهارة، في حين لا يمكنه ذلك في مواقف أخرى. ويرجع ذلك إلى تفسير الفرد الذاتي للموقف المعين، وتقييمه لذاته سلبيا في مثل هذا الموقف، وليس

لأن موقفا معينا يحتاج منه إلى مهارات اجتماعية أكثر من الآخر. فربما يشعر الفرد بالخجل والارتباك في موقف لا يتطلب منه إلا قدرا بسيطا من المهارات الاجتماعية، في حين يبدو فعالا مؤثرا في موقف آخر أكثر تعقيدا. فالفرد يدرك الفشل، ويحكم على نفسه به في بعض المواقف بناء على عوامل أخرى، لا يكون من ضمنها مهاراته الاجتماعية. وعلى الرغم من كل ذلك، فلهذا المنحى مميزاته وإيجابياته. فالتدريب على المهارات الاجتماعية يزيد بالفعل من ثقة الفرد بذاته. وكذلك أشارت بعض الدراسات إلى أن العادات والسلوكيات التي تدرب الفرد عليها جيدا، كانت أكثر مقاومة لانهيار التفاعل أو التأثر سلبيا، إذا تعرض الفرد لقلق في الموقف الاجتماعي. أضف إلى ذلك، أن هذا المنحى يسمح بتعريض الفرد للمواقف التي يخافها أو التي تسبب له القلق، ومن ثم فهو يستفيد من مزايا أسلوب تعريض الفرد للموقف المخيف الذي عرضنا له في المنحى السلوكي.

وقبل أن نعرض للدراسات التي هدفت إلى تقييم فعالية التدريب على المهارات الاجتماعية في خفض القلق، نعرض منحى علاجيا آخر، هو العلاج المعرفي السلوكي، لأن معظم الدراسات التي اهتمت بالمقارنة بين المناحي العلاجية المختلفة، قد أخذته في اعتبارها، وقارنته بالمناحي الأخرى.

العمليات المعرفية في القلق الاجتماعي

قام المنحى السلوكي في علاج الرهاب الاجتماعي على نموذج بحثي، يركز بشكل أساسي على قياس السلوك الخارجي الظاهر Overt behaviors، غير أن النموذج البحثي لعلم النفس التجريبي أدى إلى تحول في هذا التركيز، إذ جعل الباحثين يدركون أنه من الضروري تحليل العمليات المعرفية التي تتوسط بين المنبه والاستجابة الظاهرة، وهو ما جعل المناحي العلاجية السلوكية تبدأ في التركيز أيضا على إمكان إحداث تغييرات منظمة في الجانب المعرفي، وليس فقط في السلوك الظاهر.

وبدلا من اعتبار القلق مجرد عادة مكتسبة، من خلال ترابط آلي بين منبهات واستجابات، بدأ اعتباره محصلة لأخطاء وتشوهات في تفكير الفرد. ومن ثم، يجب أن يوجه العلاج صوب التعامل مع تلك الأفكار وتصحيحها، ومواجهة الأخطاء والتشوهات الموجودة في أفكار ومعتقدات القلقين. وكذلك بدأت أبحاث القلق تدرك أن تلك الأفكار السلبية والمشوهة، والباعثة على القلق والانزعاج، والمقتحمة لذهن الشخص القلق، ليست فقط مجرد مكونات محورية فيما يشعر به داخليا من قلق، ولكنها تؤثر بشدة في سلوكه الظاهر، فهي - على سبيل المثال - تجعل الفرد يركز معظم طاقته الانتباهية على ذاته، وليس على العناصر والأنشطة التي يتضمنها الموقف الاجتماعي، أو المهمة التي يقوم بها، وتؤدي إلى معايشة الفرد حالة انفعالية معينة، من دون وجود أي سبب موضوعي أو واقعي لذلك، أي من دون وجود المنبهات المثيرة والمحدثة لها. وكما رأينا في الفصل الثاني، كشفت نتائج الأبحاث عن أن للخجل أيضا مكوناته المعرفية، وأن الخجولين يميلون إلى تركيز انتباههم على ذواتهم، ولديهم كثير من أشكال التفكير غير الموضوعي، التي تتداخل مؤثرة بالسلب في أدائهم في المواقف الاجتماعية.

وعلى الرغم من أن عمليات التفكير، غير قابلة للملاحظة المباشرة، فإنه يمكن استنتاجها وتحديدها، بأساليب معينة، مثل إجراءات جدولة الأفكار، ودفع الأفراد إلى التفكير بصوت مسموع. وفحص بيك(Beck, 1989) عدة طرق يمكن من خلالها حث المرضى وتشجيعهم على تحديد ووصف ما لديهم مما أسماه بـ «الأفكار الآلية» Automatic thoughts، وهي أفكار نادرا ما يكون الفرد واعيا بها، وتحدث متزامنة مع الأفكار الأساسية التي يقولها الفرد للمعالج، كاستجابة لمنبهات معينة (كلمات أو جمل أو أسئلة) طرحها المعالج عليه، تتعلق بالاضطراب الذي يعانيه. ووجد بيك أن لتلك الأفكار الآلية عددا من الخصائص العامة، التي يمكن تحديدها لدى مختلف المرضى، أهمها أنها ليست غامضة مبهمة، بل ذات مضمون نوعي محدد، وكذلك فهي دائما ما تكون سلبية، إذ تجعل

المريض مترددا، متشككا، موجها النقد إلى ذاته بخصوص ما يخطط لأن يقوله للمعالج، ومشغولا جدا بالانطباع الذي سوف يكوِّنه المعالج عنه، في ضوء هذا الذي ينوي أن يقوله له. وتتصف تلك الأفكار بالآلية، لأنها تفرض نفسها فرضا على ذهن الفرد، ويكون غير قادر على إيقافها والسيطرة عليها. ويعني هذا، أن ما يقوله المرضى عن أنفسهم، وما يقدمونه من تفسيرات لمعتقداتهم، إنما هو أمر بالغ الأهمية لدى مناحي العلاج السلوكي المعرفي.

ومن الممكن أيضا الكشف عن العمليات المعرفية، وتقدير آثارها، من خلال بعض الأساليب المعملية التجريبية. فقد عرض كلارك (Clark, 1999) عددا من تلك الدراسات التي أجريت في معمله الخاص. وفي إحدى تلك الدراسات، صنفت عينة من الأفراد إلى مجموعتين، بناء على درجاتهم على أحد مقاييس القلق الاجتماعي: مجموعة المرتفعين في هذا القلق، ومجموعة المنخفضين. ثم طلب من كل فرد في المجموعتين، أن يقوم بتقدير كمي لمدى انطباق عدد من الكلمات - بعضها يشير إلى أوصاف إيجابية، والبعض الآخر يشير إلى أوصاف سلبية - عليه، وذلك في كل حالة من الحالات التالية: عندما يستخدمها شخص آخر بهدف وصف الفرد وتقييمه، وعندما يستخدمها الفرد ليصف نفسه بنفسه، أو عندما يفكر في نفسه، وعندما يستخدمها هو لوصف وتقييم شخص آخر. وكان هذا التقدير - في كل موقف من المواقف الثلاثة - يتم إما في ظروف عادية، وإما بعد إعطاء تعليمات للأفراد في المجموعتين، أن الفرد سوف يتحدث - بعد انتهاء التجربة - أمام مجموعة من الأفراد في موضوع عام (بغرض رفع مستوى قلق الأفراد). وبعد ذلك طلب إلى كل فرد تذكر أكبر عدد ممكن من الكلمات التي عرضت عليه. وأشارت النتائج إلى أن المرتفعين في القلق الاجتماعي تذكروا كلمات سلبية أكثر كثيرا مما تذكروه من كلمات إيجابية، ولكن فقط حين يتم وصفهم وتقييمهم من منظور الآخر، وعندما كانوا في الظرف التجريبي المقلق (يتوقعون أنهم سيتكلمون أمام جمهور).

إن «الثورة المعرفية» في علم النفس أثرت كذلك، فيما يقدمه العلماء من تفسيرات لسلوك الأفراد. فالتفسيرات السلوكية الأولى كانت تقوم على نموذج التعلم الشرطي، إذ تمثل جوانب الموقف المعين منبهات تستثير استجابات معينة من الفرد، تصبح بعد ذلك عادات سلوكية من خلال ما تم من ترابط بينها وبين تلك المنبهات، وبالتالي، فإن «معارف» الفرد أن الموقف الاجتماعي المعين يتضمن أفرادا غرباء وغير مألوفين، هي بمنزلة منبه لاستجابة التجنب التي يقوم بها الفرد. وتؤكد المناحي السلوكية أن الارتباط بين منبه معين واستجابة ما، ليس جامدا ثابتا، بل توجد عمليات تحدث في موقف التعلم الشرطي تسمى عمليات التعميم Generalization والتمييز Discrimination (*)، ربما تجعل المواقف المتكافئة وظيفيا، تستثير ذات الاستجابة، وتجعل المنبه الواحد قادرا على استثارة أكثر من استجابة، لكنها جميعا متشابهة أو متكافئة، وتؤدي الوظيفة نفسها، وكذلك تجعل الاستجابة الواحدة المعينة تصدر ردا على عدد من المنبهات التي تتشابه وترتبط بشكل أو بآخر بالمنبه الأصلي، الذي أثار تلك الاستجابة. وبالتالي ربما يكون أمام الفرد عدد من البدائل المتاحة للاستجابة الشرطية التي تعلمها، ولكن كلها متكافئة وظيفيا، فهو - مثلا - ربما يصمت، أو يرد على أسئلة الآخرين باقتضاب، أو بطريقة لا تشجع على استمرار التفاعل الاجتماعي. ولما كانت استجابات الأفراد في المواقف الاجتماعية عادة ما تحدث مباشرة وتلقائيا، ومن دون أن يكون الفرد قاصدا لها شعوريا، فإن السلوكيين يفترضون أن الوعي الشعوري للناس بما يفعلون لا يقدم تفسيرا لسلوكهم، وبالتالي فإن تفكيرهم في الموقف الاجتماعي واعتقادهم

(*) المقصود بالتعميم Generalization هو أن الاستجابة الشرطية التي كانت تصدر ردا على مثير معين، تميل إلى الصدور ردا على بعض المثيرات الأخرى المماثلة للمثير الأصلي. فإذا كان الطفل يستجيب استجابة شرطية هي الخوف من رؤيته فأرا، فإنه يخاف كذلك من الحيوانات الأخرى المماثلة للفأر مثل القطط والأرانب. وكلما زاد التشابه أو التماثل بين المثير الشرطي والمثيرات الأخرى، حدثت الاستجابة الشرطية بقوة. أما التمييز Discrimination فهو عكس ذلك، إذ يميل الفرد إلى إصدار الاستجابة الشرطية ردا على مثير شرطي بعينه من دون سواه، هي التي تدعم بتقديم المثير غير الشرطي بعد المثير الشرطي [المترجم].

أنهم في مأزق أو ورطة، ليس هو «سبب» صمتهم أو انسحابهم، لكنه - أي هذا التفكير والاعتقاد - ليس إلا مجرد شكل آخر غير ظاهر non-overt من الاستجابة التي تستثار لديهم في هذا الموقف.

وتفترض التفسيرات المعرفية - السلوكية، أن ما يتم تعلمه ليس فقط مجرد ربط آلي بين منبه واستجابة، بل أيضا يتم تعلم توقعات بخصوص ما يمكن أن يحدث في المواقف الاجتماعية. وقد أشار باندورا (Bandura, 1986، (وانظر كذلك الفصل الثاني من هذا الكتاب)، إلى أن تلك التوقعات تتوسط المنبه والاستجابة، فالفرد دائما ما يضفي معنى على الموقف، في ضوء فهمه وتفسيره له، ويختار الاستجابة التي يعتقد أنها الأكثر ملاءمة لتحقيق هدفه في هذا الموقف كما أدركه وفهمه. ويرتبط القلق الاجتماعي بمعارف وأفكار محددة، إحداها الخوف من تقييم الآخرين سلبيا للفرد. فعلى الرغم من أننا جميعا نشعر بهذا الخوف في موقف أو آخر، فإنه أمر شائع ومتكرر لدى بعض الأفراد القلقين اجتماعيا. وخلصت دراسات كثيرة إلى وجود ارتباط جوهري بين مقاييس القلق الاجتماعي، والخوف من التقييم السلبي.

اعتقاد آخر، أو فكرة أخرى تميز المرتفعين في القلق الاجتماعي، وهي اعتقاد عدم القدرة على خلق انطباع مرغوب لدى الآخرين. وهنا نجد أيضا أن الدراسات التي أجريت خلصت إلى أن آراء مرضى الرهاب الاجتماعي وتصوراتهم لقدراتهم الاجتماعية تكون ضعيفة وسلبية، ويقللون من شأن ما لديهم بالفعل من قدرات ومهارات، ويقدرونها أقل جوهريا من تقدير الآخرين وتقييمهم لها. وخلص البعض (Stopa & Clark, 1993) إلى أن هذا التحيز والتشويه في إدراك المهارات والقدرات الذاتية هما خاصية مميزة لمرضى الرهاب الاجتماعي على وجه التحديد، وليس للقلق الاجتماعي بشكل عام، أو للأشكال الأخرى من الرهاب. وبالطبع، فإن هذا التحيز في الإدراك يقوى ويرسخ بواسطة ما يتبناه مرضى الرهاب الاجتماعي، من تفسيرات عقلية لأسباب ونتائج أدائهم. إذ يعتقدون دائما أن فشلهم في

أي موقف يرجع إلى عدم كفاءتهم، وإلى أمور متعلقة بالذات، لا يمكن تغييرها بسهولة. ولعل هذا هو ما يجعل الشخص الخجول يقلل دائما من شأن أي نجاح أو أداء إيجابي يمكن أن يحققه، معتقدا أنه يرجع إلى المصادفة أو إلى عوامل خارجة عن إرادته وسيطرته. كذلك فإن الخبرات الناجحة التي يمر بها الفرد الخجول لا تؤدي إلى تغيير في اعتقاده أن احتمالات النجاح في المرات القادمة يمكن أن تكون أعلى. وعلى الجانب الآخر، فإن الفشل فقط هو الذي يتلاقى ويتناغم ويدعم ما لدى الفرد من توقعات سلبية. لهذا فإنه عندما يفشل، يجد أنه ليس في حاجة إلى البحث عن تفسيرات بديلة لهذا الفشل، كأن يرجعه إلى صعوبة الموقف، أو أن هناك آخرين كثيرين يفشلون أيضا في هذا الموقف. أضف إلى ذلك، أن موقف التفاعل الاجتماعي - بحكم تعريفه - هو مشاركة مع الآخر، وبالتالي فالحصول على الرضا والإشباع فيه يتطلب مشاركا فعالا يسهم في الموقف بطرق ملائمة، ويساعد على تقوية واستمرار التفاعل، ويجعله مشبعا وداعما للطرف الآخر. ولاشك في أن المعتقدات بنقص الفاعلية، التي تقود الفرد إلى تبني أشكال دفاعية أو انسحابية من السلوك، وإلى فشل في المساهمة في التفاعل، تسفر عن مترتبات من شأنها تقوية وترسيخ اعتقاد الفرد بعدم ثقته في ذاته. إن تلك المعتقدات هي التي تتنبأ، ويتحدد في ضوئها أداء الفرد في الموقف الاجتماعي المعين، وهي التي يجيء هذا الأداء دائما متوافقا متناغما معها.

والحال نفسها، بالنسبة إلى الأفراد المرتفعين في القلق الاجتماعي، إذ يجدون أنه من الصعب عليهم تحقيق أهدافهم من تقديمهم لذاتهم، والسبب في ذلك أن ما لديهم من معتقدات وأفكار خاطئة، تجعلهم يضعون لأنفسهم معايير، عادة ما تكون مرتفعة بصورة غير واقعية. فمن يعتقد - مثلا - فكرة «أن الفرد يجب أن يكون محبوبا من الجميع ومحل إعجاب الجميع»، لن يدرك أنه لا يوجد من هو معصوم من ارتكاب أخطاء وزلات اجتماعية، وأننا جميعا نقول أو نفعل شيئا خاطئا أو غير ملائم، اللهم إلا إذا تبنى الفرد

نمطا سلوكيا دفاعيا تماما، وغرق في صمته وتحفظه وانسحابه، متجنبا تماما أي مبادأة أو مغامرة في تفاعلاته الاجتماعية. وقد أوضحت نتائج دراسات القلق أن كثرة الأسف وتقديم الاعتذارات ترتبط بكل من الرغبة في الكمال، وتبني معايير جامدة وغير واقعية، والتفكير المأسوي الذي يضخم كثيرا من أي خطأ، حتى لو كان تافها، وتوقع الأشياء السيئة، والخوف من أن أسوأ السيناريوهات هو الذي سوف يحدث.

وقد حدد كلارك (١٩٩٩) عددا من العمليات التي يتبناها القلقون اجتماعيا، وتؤدي إلى ترسيخ ما لديهم من معتقدات وأفكار خاطئة أو غير عقلانية، ومن ثم يدورون في حلقة مفرغة من القلق، ومن هذه العمليات ما يلي:

سلوكيات الأمان

يميل الفرد دائما إلى إصدار السلوك الذي يعتقد أنه من خلاله سوف يحمي ذاته، ويدرأ به عن نفسه موقفا مخيفا. وعندما يتحقق ذلك، ولا يحدث الموقف المخيف، فإن الفرد يعزو ذلك إلى السلوك الذي قام به، ويسمى هذا السلوك في هذه الحالة «سلوك الأمان». ومن ثم يعتاد الفرد على إصدار هذا السلوك عند مواجهته أي موقف يشعر فيه بالتهديد. وعلى سبيل المثال، الفرد ربما يخاف من احمرار وجهه، ومن ثم يتخذ بعض الإجراءات لمحاولة خفض درجة حرارة جسمه، أو تغطية الوجه ببعض المساحيق والكريمات التي تقلل من ظهور الاحمرار، أو يقدم إلى الآخرين تفسيرا بديلا لإحمرار وجهه. لكن كل هذه السلوكيات ليست منطقية أو عقلانية، إذ إنها غير ذات صلة حقيقية بما يخاف الفرد منه، وهو احمرار الوجه، بل ربما تزيد من احتمال حدوث هذا الذي يخاف منه الفرد، لأنها ستزيد من انتباه ومراقبة الآخرين لما يطرأ على وجه الفرد من تغيير، وما يحدث له من إحمرار، أو لأنها ستجعل الفرد نفسه يسلك، بطريقة غير عادية، ما يلفت انتباه الآخرين إليه أكثر. وكذلك فإنها تؤكد أن الفرد فشل في تحديد ومواجهة الأسباب الحقيقية لقلقه. إن سلوكيات

الأمان تؤدي إلى راحة أو حل مؤقت في موقف ما، لكنها لا تفعل شيئا لمساعدة الفرد على أن يصبح بالفعل أقل قلقا في المستقبل. وبالتالي فإن كشف سلوكيات الأمان ومواجهتها، ومساعدة الفرد على التخلص منها، أمر محوري في العلاج المعرفي للرهاب الاجتماعي الذي أعده «كلارك وويلز» (Clark & Wells, 1995).

تحيز الانتباه

لاحظنا أن الأفراد القلقين يتسمون بإدراك زائد للتهديدات في بيئتهم الاجتماعية، كأنهم يفتشون عنها ويلتقطونها التقاطا، بل إنهم يدركون هذا التهديد في كثير من المواقف العادية الحيادية التي لا تنطوي على أي تهديد لهم. وبشكل عام، فإن تقديرهم لحجم التهديد المدرك لا يكون متناسبا بالمرة مع الخطر الحقيقي القائم. لكن كلارك أشار إلى أن ثمة دليلا على تحيز في الانتباه، لكن في الاتجاه الآخر، أي بعيدا عن إدراك علامات وإيماءات توحي بالتهديد. فقد تبين أن القلقين اجتماعيا يعطون انتباها أقل للوجوه الإنسانية، إذا أعطيت لهم فرصة الاختيار بين النظر إما إلى وجه، وإما إلى شيء آخر مألوف. وفسر ذلك على أنه ربما يرجع إلى ميلهم إلى تقليل التواصل الاجتماعي، بتجنبهم النظر في وجه من يتفاعلون معه.

عمليات الذاكرة الانتقائية

يميل المرضى بالرهاب الاجتماعي إلى التذكر الانتقائي، إذ يغلب عليهم تذكر كل ما هو سلبي أو ينم عن الفشل في خبراتهم الماضية. وبالطبع، فإن ذلك يرسخ لديهم الصورة السلبية عن الذات.

الصور الذهنية الاقتحامية التلقائية

لقد ثبت أن زيادة معدل حدوث هذا النوع من الصور الذهنية أمر شائع لدى مرضى الرهاب بأشكاله المختلفة، بما في ذلك مرضى الرهاب الاجتماعي. وتوصل كلارك ١٩٩٨(In: Clark, 1999)

إلى أن تلك الصور الذهنية، ذات معدل حدوث مرتفع، وملحة متكررة، وعادة ما تكون متعلقة بمواقف اجتماعية سابقة مفزعة بالنسبة إلى للفرد.

الاستنتاجات الخاطئة بخصوص تقييم الآخرين للفرد

كما لاحظنا من قبل، فإن مرضى الرهاب الاجتماعي، يعتقدون أنهم يبدون للآخرين أكثر قلقا واضطرابا مما هم عليه في واقع الأمر. ويبدو أن ذلك يرجع إلى ما يصلون إليه من استنتاجات خاطئة مستمدة من صورة الذات السلبية لديهم، وكذلك من استخدامهم لحالتهم الجسمية ومظهرهم الخارجي، في الخروج باستنتاجات خاطئة عن كيف يبدون للآخرين، ومثال ذلك، أن يستنتج الفرد منهم - خطأ - أنه مادام قلبه يدق بسرعة، فإن هذا يعني أنه يبدو للجميع على أنه قلق ومضطرب.

العلاجات المعرفية Cognitive therapies

تهدف كل العلاجات المعرفية إلى تعديل عمليات التفكير المسؤولة عن استمرار بقاء المستوى المرتفع من القلق. ويشير بيك (Beck, 1989) إلى وجود ثلاثة مناح علاجية يمكن الاعتماد عليها في هذا الصدد. فهناك المنحى العقلي intellectual الذي يهدف إلى تحديد واستجلاء المفاهيم والمعتقدات الخاطئة لدى المريض، حتى يمكنه مواجهتها ودحضها، وذلك بعرضها على محكات الواقع والمنطق الصحيح، ومن ثم يُحل محلها مفاهيم ومعتقدات أخرى صحيحة وملائمة. فالأفراد الذين يعانون القلق بشكل متواتر، ليسوا على وعي بأفكارهم الآلية، أو بأفكارهم الخاصة بما يجب أن يفعلوه، ولا بالقواعد التي يجب استخدامها في الموقف المعين، ولا بالأهداف التي يمكن تحقيقها في المواقف الاجتماعية المختلفة. فتلك العادات من التفكير، أو تصورات الذات Self-statements، يمكن إخراجها إلى النور والكشف عنها واستجلاؤها، إذ يصبح المريض واعيا بها تماما. ومن الممكن أن يتم ذلك، من خلال حث المريض وتشجيعه على الملاحظة

الدقيقة لتسلسل الأحداث التي تؤدي به إلى الشعور بالقلق، وإصداره الاستجابات الدالة على ذلك (المرجع السابق، ص٢٣٩). ومن خلال فحص أحد الرجال لمحاولة معرفة أسباب خوفه وتحاشيه الجلوس بجوار إحدى السيدات، في أثناء رحلة سفر لهما بالقطار (الرجل ادعى كذبا في البداية أنه لم ير السيدة)، على الرغم من أن كلا منهما يعرف الآخر معرفة جيدة، فضلا على أنه يحبها، تبين أن لدى هذا الرجل عددا من الأفكار الخاطئة والمشوهة، مثل: «بعد مرور عدة دقائق من بدء الرحلة سوف أجد نفسي عاجزا عن معرفة ماذا يجب أن أقوله لها»، «لا أعرف أبدا كيف يمكنني أن أنهي حواري معها بشكل ملائم»، «سوف تكتشف أنه ليس لدي ما أقوله لها، وسوف تقول لنفسها ليتني جلست في مقعد آخر بعيدا عن هذا الرجل»، «إنها تبتسم لي، لأنها لا تعرفني على حقيقتي». ولقد تم حث هذا الرجل وتشجيعه على إخضاع تلك الأفكار لمحك الواقع، حتى يختبر مدى صدقها، وليتأكد أنها مجرد «أفكار»، وليست صورة موضوعية من الواقع الفعلي.

وهناك المنحى الخبراتي Experiential، حيث يُعرَّض الفرد ويُقحَم في المواقف المخيفة التي يتجنبها، وذلك بعد أن يُعدُّ هذا الموقف ويُرتَّب، إذ تكون نتائجه ومترتباته قادرة على جعل الفرد يدرك مفاهيمه وتصوراته الخاطئة عنه، وعما يمكن أن يحدث له فيه. وكما هو واضح، فإن هذا المنحى يشبه كثيرا طريقة تعريض الفرد للموقف المخيف أو المقلق، التي عرضنا لها من العلاج السلوكي، لكن الفرق الرئيسي بينهما هو أن المعالج هنا - في المنحى الخبراتي - يركز على العمليات المعرفية، أي على عمليات التفكير لدى المريض، والخاصة بهذا الموقف المخيف بالنسبة إليه. ومع ذلك، فليس هناك ما يمنع من تصور أن المعالج السلوكي ربما يركز هو أيضا على توضيح بعض جوانب الموقف للمريض، وتفسيراستجاباته فيه، وإذا حدث ذلك، فربما لا توجد فروق كبيرة بين العلاجين. لكن مع كل هذا، فالتوجه الأساسي مختلف في الحالتين. وإذا رجعنا - على سبيل المثال - إلى حالة الرجل الذي يخاف بشدة من تناول الطعام في مطعم

عام أو أمام الآخرين، فسنجد أن تجنبه هذا الموقف، يجعل أفكاره عنه، وعما يمكن أن يحدث له فيه، ثابتة دائمة لا تغيير فيها، لأنه لم يخضعها للاختبار على محك الواقع. ومن المؤكد أنه إذا ذهب - لسبب أو لآخر - إلى تناول طعامه في مطعم مزدحم، أو وسط آخرين، فسوف يكشف عن سلوكيات غير ملائمة بسبب تركيزه لانتباهه على ذاته، وظهور بعض أعراض الخوف والقلق عليه، مثل الارتعاش الذي يؤثر في توازنه الجسمي، وهو ما يمكن أن يلاحظه الآخرون. ومن منظور العلاج المعرفي، فإن تلك الخبرة - الخوف من تناول الطعام في مكان عام - يمكن كشفها واستجلاؤها للمريض، والدحض المعرفي لمكوناتها المختلفة: ماذا حدث وكان أكثر أسباب خوفك وارتباكك؟ وما الذي ترتب على ذلك؟ هل عبر لك أحد الموجودين عن رفضه وعدم رضاه عن سلوكك؟ هل أدى ارتباكك إلى أي مترتبات فاجعة أو مأساوية؟ ماذا حدث في اليوم التالي؟ إن القضية الأساسية للعلاج المعرفي ليست مجرد التصرفات الخاطئة للفرد في موقف اجتماعي ما، لكن المهم هو كيف يدرك الفرد هذا الموقف، ويفسره، وطبيعة أفكاره حوله، وأن نصل بالفرد إلى مرحلة الاعتقاد بأن أفكاره المخيفة عنه، هي أفكار مشوهة وغير عقلانية.

الطريقة العلاجية الثالثة، التي ناقشها بيك، هي المنحى السلوكي الذي يقوم المريض فيه بالممارسة العملية لعدد من الأساليب التي تساعده على التعامل الملائم مع المواقف الاجتماعية. وهذا قريب جدا من أسلوب التدريب على المهارات الاجتماعية. والواقع أن بعض الأساليب العلاجية، كالتدريب على التوكيدية Assertiveness مثلا، تعتمد على الدمج بين أسلوبي إعادة البناء المعرفي Cognitive restructuring، والتدريب على المهارات الاجتماعية. فكل منهما يكمل الآخر، إذ إن كليهما ينطوي على مواجهة الفرد لتصوره السلبي عن ذاته كفاعل اجتماعي. أضف إلى ذلك، أن هذا الدمج يضعف أو يبطل أي ميل لدى المريض لاستخدامه بعض العمليات التي أشار إليها كلارك بوصفها سلوكيات للأمان. وعلى سبيل المثال، فمن الممكن أن يستخدم

مهارته في المناورة الحوارية - إما بشكل آلي أو حتى بشكل عمدي - ليهرب من نقد موجه إليه، بدلا من مواجهة هذا النقد، والرد عليه ودحضه بالحجج العقلية المناسبة.

إن ما يمكن أن نخرج به من هذا الطرح، هو أن هناك توجهات متعددة في العلاج المعرفي السلوكي، وأنها جميعا تؤكد مضامين التفكير وعملياته في نشوء واستمرار القلق الاجتماعي. فالفرد يشعر بالقلق نتيجة عدم موضوعيته ومبالغته فيما يدركه ويتصوره من تهديدات قائمة في المواقف الاجتماعية، أو لنزوعه دائما إلى افتراض أنه المسؤول عن أشياء، هي في واقع الأمر خارج نطاق سيطرته. إنه يقوم بعمل استنتاجات خاطئة، أو تعميمات واسعة Overgeneralization من مجرد وقائع معزولة (إذا فشل في موقف ما، فهو «إنسان فاشل» هكذا على الإطلاق). وهذا المنحى العلاجي، منحى منظم، ويتم عبر خطوات ومراحل محددة. ويمكننا أن نحدد فيه ثلاث مراحل أساسية (Meichenbaum & Cameron, 1982). في المرحلة الأولى، يقوم المعالج بحث المريض وتشجيعه على الانخراط في ملاحظة ذاته بحرص ودقة، بهدف زيادة وعيه بالظروف النمطية التي يشعر فيها بالقلق، وأن يطور تصورا لطرق بديلة أكثر فائدة في تأويله لخبرته في هذه المواقف. ويتم في المرحلة الثانية، تطوير أسلوب تفكير جديد وسلوكيات جديدة. وأهداف العلاج في هذه المرحلة هي مساعدة المريض على الاستمرار في تأويل المشكلات التي يواجهها تأويلا إيجابيا، ليتأكد أنه قادر على تنفيذ الطرق الجديدة للسلوك التي تعلمها، وكذلك تشجيع وتقوية المراقبة الذاتية Self-monitoring للأفكار والسلوك، وأيضا تمكين المريض من تنفيذ طرق جديدة من التفكير والأداء، في المواقف الاجتماعية. وتلك الطرق الجديدة، يجب أن يدرب عليها عمليا في مواقف واقعية، يمكن للمعالج فيها إجراء تقدير كمي لما يكشف عنه المريض من تقدم ونجاح في سلوكه الاجتماعي على أرض الواقع. والمهم أن يتعلم المريض كيف يعزو ما

يحققه من تقدم ونجاح إلى ذاته. وفي المرحلة الثالثة، يجب أن يصبح ما حدث من تقدم، أكثر قوة وتماسكا ودواما. إذ يجب أن تركز الجهود على توسيع نطاق استخدام الفرد لمهاراته الجديدة، في مواقف جديدة ومتنوعة، مع الحرص على تقوية إرجاع أسباب النجاح والتقدم، إلى الذات.

وقدم هيمبرغ وزملاؤه (Heimberg et al., 1995). عرضا تفصيليا لخطوات العلاج السلوكي المعرفي الجمعيGroup cognitive behaviour therapy لمجموعة من مرضى الرهاب الاجتماعي، وذلك من خلال تدريب الأفراد على تحديد ومواجهة الأفكار والمعارف المشوهة. فقد عُرِّضوا لمحاكيات Simulations خاصة بأنواع المواقف التي يشعرون بالخوف فيها، واستُخدم أسلوب إعادة البناء المعرفي لتعديل تفكيرهم المشوه، وذلك قبل، وفي أثناء، وبعد تعريضهم لتلك المحاكيات. وتم كذلك تكلفة الأفراد بواجبات منزلية، يطبقون فيها ما تعلموه في جلسات التدريب في مواقف خارجية واقعية، وتم تعليم المرضى إجراءات إعادة البناء المعرفي، إذ يمكنهم القيام بها وحدهم وتطبيقها على أنفسهم.

واهتمت دراسات كثيرة بتقييم مدى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي (إعادة البناء المعرفي) وقارنت بينه وبين كل من أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية، وطرق تعريض Exposure الفرد للمواقف المقلقة ومواجهتها في الواقع. وكما عرض سترافينسكي وغرينبرغ (Stravynski & Greenberg, 1998) لعشر دراسات قورن فيها جميعا بين إعادة البناء المعرفي والتعريض، على الرغم من اختلاف طبيعة البرنامج العلاجي المستخدم، واختلاف التصميم التجريبي من دراسة إلى أخرى. فقد تراوح عدد ساعات البرنامج العلاجي بين ١٠ و٢٤ ساعة، بمتوسط ست عشرة ساعة. كذلك فإن قياسات المتابعة (التي تُجرى بعد انتهاء البرنامج العلاجي لمتابعة آثاره) تراوحت بين شهر واحد وثمانية عشر شهرا، باستثناء دراسة واحدة أشارت إلى أن التحسن ظل قائما لمدة خمس سنوات. وتبين من الدراسات التي اعتمدت في تصميمها التجريبي على استخدام مجموعة ضابطة

لا تخضع لأي علاج، أن من خضعوا للعلاج، كشفوا عن تحسن جوهري مقارنة بالمجموعات الضابطة، لكن لا يوجد تفوق ملحوظ لإعادة البناء المعرفي مقارنا بالتعريض، حيث لم يكن الفرق بينهما كبيرا.

ومن ضمن تلك الدراسات العشر، ثلاث دراسات، تم فيها التدريب على المهارات الاجتماعية بأسلوب العلاج الجمعي. وفي إحداها تمت مقارنة هذا النوع من التدريب بكل من التدريب الفردي، والتعريض الجمعي (وكان زمن البرنامج العلاجي في الحالات الثلاث خمسا وعشرين ساعة مقسمة بالتساوي على خمس وعشرين جلسة علاجية). وفي دراسة ثانية، تمت المقارنة بين التدريب على المهارات جماعيا، وإعادة البناء المعرفي جماعيا (البرنامج في كليهما ثماني جلسات، زمن كل منها ساعتان ونصف الساعة). وفي الدراسة الثالثة، أُجريت مقارنة بين التدريب على المهارات جماعيا مدمجا مع إعادة البناء المعرفي، والتدريب على المهارات جماعيا من دون إعادة البناء المعرفي (البرنامج في كليهما اثنتا عشرة جلسة، زمن كل منها ساعتان)، بالإضافة إلى عينة ثالثة ضابطة لم تخضع لأي علاج. وتبين أن التدريب على المهارات الاجتماعية، ليس أكفأ من المنحى المعرفي (إعادة البناء المعرفي) في أي دراسة من تلك الدراسات. وخلصت الدراسة الوحيدة التي استخدمت عينة ضابطة إلى أن المرضى في كلا العلاجين الجمعيين للتدريب على المهارات الاجتماعية كشفوا عن تحسن ملحوظ، مقارنة بالعينة الضابطة، وأن هذا التحسن ظل قائما مدة ستة شهور بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

وعلى الرغم من أهمية وفائدة تلك الدراسات، التي هدفت إلى المقارنة بين العلاجات المختلفة، فإنه من الخطأ اعتبارها متكافئة. فعلى الرغم من أنها جميعا تشير إلى حدوث تحسن بعد العلاج، فإن محكات تحديد وقياس هذا التحسن تختلف من دراسة إلى أخرى. فبعضها اعتمد في ذلك على انخفاض معدل المظاهر الخارجية للقلق، واعتمد البعض الآخر على المقارنة بين مقاييس للتقرير الذاتي للمرضى قبل وبعد العلاج، واعتمد البعض الثالث على تحسن سلوك

الفرد في مواقف اجتماعية واقعية، وأخيرا اعتمد البعض الرابع على زيادة النشاطات الاجتماعية للفرد، وهكذا. وعلى أي حال، فإنه من المشجع أن كل الأساليب العلاجية أدت إلى تحسن ملحوظ، وأن نسبة الدراسات التي لم تحقق نتائجها تحسنا هي نسبة بسيطة نسبيا (نحو ١٦ في المائة). لكننا لانزال في حاجة إلى مزيد من البحث فيما يتعلق بالعوامل الخاصة بكل من المريض والمعالج، والتي ترتبط بانخفاض القلق والتحسن في أداء القلقين اجتماعيا.

وننهي هذا الجزء بإشارة موجزة إلى عيادة بالو ألتو لعلاج الخجل Palo Alto Shyness Clinic، فكما عرضنا في الفصل الأول، فإن فيليب زيمباردو Philip Zimbardo ومعاونيه، كانوا من أوائل من درسوا الخجل من منظور علم النفس الاجتماعي، وحرصوا على إمكان الاستفادة عمليا من نتائج أبحاثهم، لمساعدة الخجولين على التغلب على مشكلاتهم. وقد أُنشئت هذه العيادة في جامعة ستانفورد في سبعينيات القرن الماضي، ويشرف عليها حاليا بالو ألتو. وعلى الرغم من أنها تسمى عيادة الخجل، فإنه يُجرَى فحص نفسي شامل للفرد قبل تلقيه العلاج، ويحدد ما إذا كان يعاني الرهاب الاجتماعي العام، في ضوء محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع. وقد تبين من إحدى الدراسات التي أجريت على ١١٤ من المترددين على العيادة، أن ٩٧ في المائة منهم تنطبق عليهم المحكات التشخيصية للرهاب الاجتماعي العام، وأن ٦٧ في المائة منهم تنطبق عليهم محكات اضطراب الشخصية التجنبية (Henderson & Zimbardo, 1999, P.298).

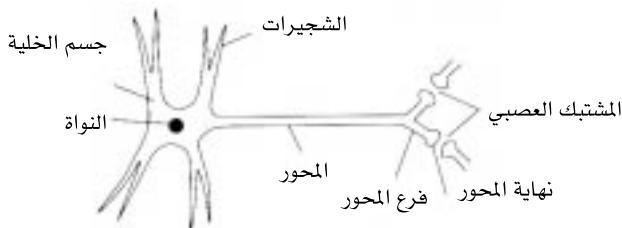
ويقوم الأسلوب العلاجي المتبع في تلك العيادة على نموذج «اللياقة الاجتماعية» Social fitness، وهو يماثل تماما نموذج اللياقة البدنية. فالهدف من العلاج هو أن يصل الفرد إلى أعلى درجات الرضا عن الذات، والحياة الإيجابية Positive well-being، وليس مجرد التغلب على ما يشكو منه من الخجل. فمثلما يوجد عدد قليل جدا من الأبطال الرياضيين العالميين، وعدد كبير جدا ممن يمارسون الرياضة لمجرد الاستمتاع

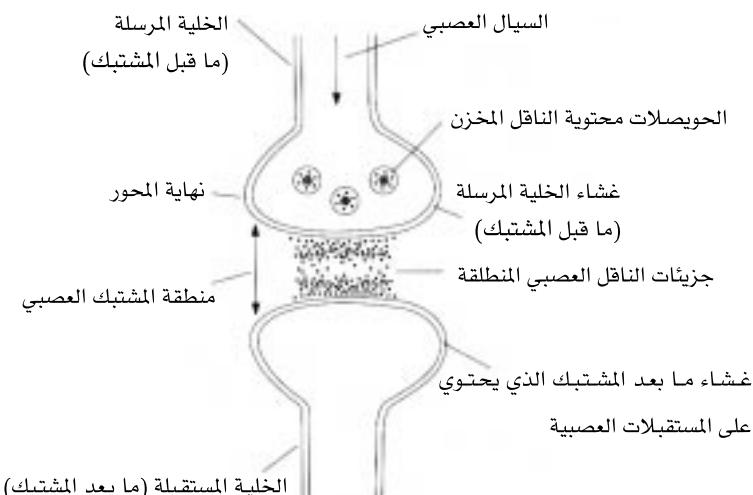
والإحساس بالإنجاز، فإن الهدف من العلاج في هذه العيادة، هو زيادة متعة الأفراد وشعورهم بالإنجاز، من خلال ما يمارسونه من تفاعل اجتماعي، وما يكونونه من علاقات اجتماعية. فلكي يصبح الفرد بطلا رياضيا عالميا، فلا يكفي أن يمتلك مهارات معينة، بل لابد من تنميتها وصقلها للوصول بها إلى مستوى معين من الكفاءة، وهو ما يتم من خلال تدريبات معينة، بمساعدة مدرب متخصص، على مدى ساعات طويلة ومستمرة من التدريب الشاق المتواصل. لكنه من الممكن تشجيع الناس العاديين على ممارسة تلك التدريبات ممارسة جماعية في النوادي الرياضية، على أن تتكون المجموعة المعينة من أفراد مختلفين في مهاراتهم وقدراتهم، إذ يتعلم كل منهم من الآخر، لكن في سياق يخلو من المنافسة والتوتر، إذ يكون مجرد هدف كل فرد في المجموعة هو رفع مستوى أدائه الخاص، وأن يدرك باستمرار أن أداءه الحالي أعلى من أدائه السابق.

وتدمج العيادة بين نوعي العلاج الفردي والجمعي، كما تُستخدَم كل الأساليب العلاجية التي عرضنا لها هنا: التعريض المباشر للموقف المقلق، الاسترخاء التدريجي، التدريب على المهارات الاجتماعية، التدريب على التوكيدية، إعادة البناء المعرفي. وبعد القياس الأولي، يبدأ البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي الجمعي، والذي يستغرق ستة وعشرين أسبوعا بواقع جلسة واحدة أسبوعيا مدتها ساعتان. ويخصص النصف الأول من البرنامج العلاجي لأداء الدور Role-play في المواقف المخيفة، متزامنا مع إعادة البناء المعرفي والتدريب على المهارات الاجتماعية. ويكلف الأفراد بواجبات منزلية، يقومون بها فيما بين الجلسات العلاجية، تتضمن التعرض لمواقف حياتية واقعية، يكون هدف الفرد فيها النجاح في أداء سلوك معين، مثل طرح تساؤل أو طلب شيء ما، أو طلب المشورة، أوالحديث لوقت محدد مع أحد الغرباء في مكان عام. أما النصف الثاني من البرنامج العلاجي، فيخصص للتدريب على التواصل بنوعيه، اللفظي وغير اللفظي، وذلك بالاعتماد على أسلوب النمذجة. وكذلك يتم التدريب على المهارات التوكيدية، وتكوين العلاقات الحميمة.

وتشير البيانات المستمدة من العيادة ونتائجها، إلى فعالية الحزمة العلاجية المستخدمة، وأنها تؤدي بالفعل إلى خفض في القلق والخجل وخوف الفرد من تقييم الآخرين له سلبيا. لكن لا توجد دراسات قارنت بين هذا الأسلوب العلاجي المتبع في تلك العيادة، وأساليب علاجية أخرى. وكما هو واضح، فإن النمط العلاجي المتبع في تلك العيادة، يختلف عما هو متبع في الدراسات الأخرى، التي عادة ما تخضع كل مجموعة مرضية لأسلوب علاجي واحد محدد، ثم تقارن بين المجموعات، لمعرفة الفروق في فاعلية الأساليب العلاجية المختلفة. أما العيادة، فتمزج بين عدد من الأساليب العلاجية المختلفة للمجموعة المرضية الواحدة. ومعنى هذا أن المقارنة الوحيدة الممكنة هنا، هي أن نقارن هذا النمط العلاجي الذي تتبعه العيادة، بالعلاجات الدوائية، أو بالمجموعات الضابطة التي لم تخضع لأي علاج. والآن نعرض للعلاجات الدوائية.

المنحى الدوائي Pharmacological approach

«حبة الدواء تجعل الشخص المنكمش الخجول، يتمدد من جديد»، «إن أولئك الذين يعانون الخجل، وكأنهم في حالة من الشلل النفسي، يمكن أن يتغيروا، ويعودوا إلى الحياة من جديد ليشاركوا ويتفاعلوا، وذلك بفضل اكتشاف دواء جديد» (Daily Mail, 23 July, 1998, P.25).

الناقلات العصبية والقلق

نستهل هذا القسم بعرض للناقلات العصبية Neurotransmitters في المخ، تلك التي كانت هدفا لعدد من العلاجات الدوائية للقلق الاجتماعي. إن كل خلية عصبية في المخ تتصل بعدد كبير من غيرها من الخلايا، غير أن هذا الاتصال

ليس ماديا مباشرا، لأن هناك مسافة صغيرة أو فجوة بين كل خلية وأخرى تسمى المشتبك العصبي Synapse، وتقوم السيالات الكهربائية Electrical Impulses التي تحمل الرسائل بين الخلايا بعبور تلك الفجوات من خلال ناقلات كيميائية (انظر الشكل ٦-٢). وتلك الناقلات الكيميائية هي تراكيب كيميائية توجد داخل الخلية، وتظل مخزنة فيها، إلى أن تتحرر منطلقة إلى منطقة المشتبك العصبي، عندما تستثار تلك الخلية. فعندما ترسل رسالة معينة، فإن سيالا كهربيا يمر عبر محور الخلية الموصلة (خلية ما قبل المشتبك العصبي)، وعندما يصل هذا السيال إلى نهايات المحور، يتم انطلاق ناقل كيميائي، ينتشر في منطقة المشتبك العصبي. وهذا الناقل هو الذي يحدد ما سوف ينتقل للخلية المستقبلة، وما سوف يحدث للسيال الكهربي الذي يحمل الرسالة. وبعد قيام الناقل الكيميائي بتلك الوظيفة، فإنه إما أن يتلاشى في منطقة المشتبك العصبي بفعل بعض الإنزيمات، وأما أن يعاد إدخاله ثانية في النهايات العصبية للخلية المرسلة (التي سبق أن انطلق منها)، وهي عملية تسمى العودة Reuptake، ويوجد داخل الخلية المرسلة (خلية ما قبل المشتبك)، إنزيم يسمى أوكسيديز أحادي الأمين Monoamine oxidase (MAO)، هو الذي يدمر السيروتونين والكاتيكولامينات Catecholamines. ومعنى هذا أن زيادة إتاحة الناقلات ومرورها من الخلايا المرسلة إلى الخلايا المستقبلة عبر مناطق الاشتباك العصبي، هو دلالة على عدة عمليات، منها زيادة النشاط الكيميائي للخلية المرسلة وخفض أو كف النشاط الأيضي لأوكسيديز أحادي الأمين (MAO)، وزيادة معدل انطلاق الناقل الكيميائي في منطقة التشابك العصبي، وخفض أوكف عملية العودة Reuptake (عودته من جديد إلى الخلية وتركه لمنطقة الاشتباك).

أ - تستقبل الزوائد العصبية وجسم الخلية المدخلات الواردة للخلية العصبية، وترسل المخرجات عبر المحور، وتنتقل المخرجات عبر المحور من خلال سيالات كهربية تسمى قوى الفعل، ويتفرع المحور في نهايته مكونا نهاية المحور.

ب - عندما يصل السيال إلى نهايات الخلية المرسلة، فإنه يؤدي إلى انطلاق مادة كيميائية معينة (الناقل العصبي)، كانت مختزنة في الحويصلات. وعندما تتحرر تلك المادة، وتنتشر في منطقة المشتبك العصبي (المسافة بين الخليتين)، فإنها تحدد وتتحكم فيما سوف ينتقل إلى الخلية المستقبلة، وبالتالي تحدد ما إذا كانت قوى الفعل الواردة من الخلية المرسلة، ذات تأثير استثاري أو تأثير كفي، في الخلية المستقبلة.

وتهدف كل أدوية وعقاقير الرهاب الاجتماعي، إلى التأثير في عملية الانتقال عبر المشتبكات العصبية. وعلى سبيل المثال، يمكن زيادة مستوى هرمون السيروتونين Serotonin داخل المشتبك العصبي، باستخدام عقاقير تضعف أو تكف من قدرة المشتبك على إعادة إدخال الناقل إلى داخل الخلية (العودة) Reuptake أو بوساطة عقاقير تضعف أو تكف عملية الأيض في المشتبك والتي تجعل هرمون السيروتونين غير فعال.

الشكل (٦ - ٢) الناقلات العصبية وانتقال المعلومات بين الخلايا العصبية

ونجحت الأبحاث في تحديد عدد من الناقلات العصبية، ودور كل منها في تنظيم الحالة الانفعالية للفرد. وتبين أن هناك ثلاث فئات كبرى من هذه الناقلات، هي: الأمينات الحيوية Biogenic amines، والأحماض الأمينية Amino acids، والبيبتيدات Peptides، وتشمل الفئة الأولى الأسيتيل كولين Acetylcholine (Ach)، والسيروتونين (5-Hydroxytryptamine أو 5-HT)، ومجموعة الكاتيكولامينات Catecholamines، وهي مجموعة تتضمن الدوبامين Dopamine والنورإبينيفرين Norepinephrine والإبينيفرين Epinephrine، أما الفئة الثانية، فئة الأحماض الأمينية، فتشمل الغلوتامات Glutamate والجابا (GABA) Gamma-amino-butyric-acid. أما الفئة الثالثة، فتشمل الليو إنكيفالين leu-enkelaphin، والميت إنكيفالين Met-enkelaphin، والبيتا إندورفين Beta-endorphin الذي ينتمي إلى فئة من البيبتيدات تسمى الأفيونات Opioids، ولكل من تلك الناقلات العصبية دوره المهم في الإحساس بالألم، وفي نشاط الجهاز العصبي المستقل. وللناقلات العصبية في الفئة الثالثة (البيبتيدات)، وظائفها العصبية المعدلة Neuromodular، ذلك لقدرتها على التأثير في عدد كبير من الخلايا العصبية في آن واحد، إذ تعدل من قدرتها على الاستجابة للنواقل العصبية. ولا شك، في أن لهذا وظيفته التوافقية، فهو – على سبيل المثال – يؤدي إلى زيادة احتمال الانتقال العصبي من الخلايا المرسلة إلى الخلايا المستقبلة (*).

ويؤدي النورإبينيفرين دورا مهما في عملية الاستثارة والتيقظ، والحساسية للتنبيهات الواردة عبر الحواس المختلفة. وتستخدمه كثير من المشتبكات العصبية النهائية للجهاز العصبي السمبثاوي، لذا فهو يؤدي دورا مهما في التحكم في معدل نشاط القلب، وضغط الدم. وتقوم اللوزة (التي توجد في منتصف الفص الصدغي للمخ) بدور مهم في هذا الشأن أيضا، فعندما تنشط أو تستثار نتيجة وجود الشخص

(*) تبدو صعوبة ترجمة المصطلحات والمفاهيم الطبية إلى اللغة العربية. لذا لم يكن أمامنا إلا تعريبها وكتابة نصها الإنجليزي حتى يصل المعنى إلى القارئ [المترجم].

في موقف يشعر فيه بالتهديد، فإن المناطق المركزية والوسطى فيها، تستثير بعض الخلايا العصبية في الهيبوثلاموس، فترسل الهرمون المنشط لإطلاق الكورتيكوتروبين Corticotropin Releasing Hormone (CRH) إلى الغدة النخامية، فيجعلها تفرز الهرمون المنشط لقشرة الغدة الكظرية Adrenocorticotropic Hormone (ACTH) في الدم. ويؤثر ذلك في قشرة الغدة الكظرية (فوق الكلوية) Adrenal cortex، منتجا الإبينيفرين (المتضمن في تنظيم كل من: درجة حرارة الجسم وعملية التنفس وضغط الدم) والكورتيزول. وكذلك فإن (CRH) يستثير Locus Co erulus منتجا النورإبينيفرين. وتمتد اللوزة إلى المهاد التحتاني الجانبي، والذي يتحكم بدوره في نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي. وكذلك فإنها - أي اللوزة - تمتد إلى Locus Coerulus، والتي تطلق النورإبينيفرين في منطقة واسعة من المخ الأمامي، وهو ما يسبب استثارة اللوزة وحصان البحر، وما يتبع ذلك من أثر في حساسية الفرد للمنبهات البيئية.

أما الناقل العصبي غابا (GABA)، وهو حمض أميني، فله آثاره المخمدة في كثير من مناطق المخ، بما في ذلك المنطقة التحتية الجانبية Basolateral areaفي اللوزة، ويستطيع التأثير في نشاط النواة المركزية Central nucleus، وهو ما يؤدي إلى انخفاض القلق. وتعمل إحدى فئات مخفضات القلق، وهي فئة البنزوديازيبينات Bezodiazepines (والتي تتضمن الفاليوم Valium والليبريم Librium) من خلال قدرتها على إطلاق الجابا (GABA)، ومن ثم وصوله إلى بعض المستقبلات الخاصة في الجهاز العصبي.

أما السيروتونين، فهو ناقل يوجد بكثرة في الجهاز العصبي، ويتركز في أنوية المخ الأوسط عند التقاء نصفي الكرة المخية. ولهذه الأنوية امتداداتها وتأثيراتها الواسعة في أجزاء من القشرة المخية والمخ الأمامي. كذلك فهي تمتد وتؤثر في كل من اللوزة وحصان البحر والمهاد والمهاد التحتاني والمنطقة الرمادية حول قناة السائل

المخي Periaqueductal grey area (*)، وللسيروتونين دوره المهم في الاستثارة السلوكية والتيقظ. وأشارت بعض الدراسات (Spoont, 1992) إلى دوره في ثبات وتوازن انتقال المعلومات عبر الجهاز العصبي، كما أنه يعدل من آثار الإشارات عبر مدى واسع من الاستجابات، ويبدو كذلك أنه يؤدي دورا مهما في نظام التصدي أو الهروب (**)، وهو يعمل أيضا بوساطة اللوزة، وحصان البحر، والحاجز Septum، والمنطقة الرمادية حول قناة السائل المخي Periaqueductal grey، لهذا فإن الانخفاض في مستوى السيروتونين يؤدي - على الأرجح - إلى زيادة السلوك العدواني لدى الفرد، وزيادة ميله إلى الانتحار. ويؤدي تنبيه المنطقة الرمادية حول قناة السائل المخي Periaqueducatal grey إلى استثارة استجابة الخوف لدى الفرد، لكن السيروتونين يعدل هذه الاستجابة ويخفف من شدتها. وكذلك فإن انخفاض السيروتونين يؤدي إلى استثارة النشاط الجنسي، بينما تؤدي زيادته إلى انخفاض هذا النشاط. وبشكل عام، فإن نضوب أو استنزاف السيروتونين يؤدي إما إلى رد فعل قوي ومبالغ فيه، أو إلى حساسية شديدة للتنبيه.

وجرى تحديد كثير من الناقلات العصبية، ودور كل منها وأثره في الحالة الانفعالية للفرد، ومن الخطأ أن نفترض أنها تعمل معزولة بعضها عن بعض، بل على العكس، فهي تتفاعل بعضها مع بعض، وتكون آثارها النهائية في الجهاز العصبي المستقل والسلوك، محصلة ونتاجا للتوازن بين الآثار الاستثارية من جهة، والآثار الكافة (أو المخمدة) من جهة أخرى. وعلى سبيل المثال، فآثار النورإبنيفرين تتعارض مع آثار الغابا (GABA)، في حين أن السيروتونين يحد من انتقال الدوبامين، ويسهل انتقال الغابا (GABA) (Baumgarten & Graozdanovic, 1998).

(*) هي منطقة في جذع المخ حول قناة السائل المخي تمتاز - بجانب ما ذكر في النص - بحساسيتها للبيتا إندورفين، ما يجعل لها دورا حاسما في نظام تسكين الألم الداخلي، فعندما تثار تجريبيا، يحدث ارتفاع في مستوى الأفيونات الطبيعية في الدم [المترجم].

(**) الهروب أو التصدي Flight / Fight System: هو شكل من أشكال الاستجابة الفسيولوجية البدائية والآلية التي تهيئ الجسم للتصدي أوالهروب من موقف يشكل تهديدا أو أذى [المحررة].

العلاجات الدوائية (*)

يمثل علاج الرهاب الاجتماعي بالعقاقير والأدوية الطبيعية، أحد أهم الموضوعات التي أثارت اهتمام وسائل الإعلام في السنوات الأخيرة، ولايزال يثير كثيرا من الجدل حتى وقتنا الحالي. والواقع أن معظم التناول الإعلامي لهذه القضية، قد افتقر إلى العمق، ولم يكن محايدا، ويبدو أن هناك ضغوطا من أقسام التسويق في شركات الدواء، التي لها مصلحة اقتصادية كبيرة للترويج لاستخدام الأدوية. لكننا نعتقد، أن أكثر ما يثير هذا الجدل والخلاف هو فكرة اعتبار الخجل أو الرهاب الاجتماعي «مرضا»، ومن ثم إمكان علاجه دوائيا. ومع ذلك، وكما سنرى، فإن معظم العلاجات الدوائية المتاحة للرهاب الاجتماعي، هي أساسا أدوية لعلاج الاكتئاب وأمراض القلق، ولا توجد أدوية جدية وُضعت لعلاج الرهاب الاجتماعي على وجه الخصوص.

ويتناول هذا القسم عرضا موجزا لبعض الأبحاث التي اهتمت بدراسة مدى فاعلية بعض العلاجات الدوائية للرهاب الاجتماعي. وسوف نولي الاهتمام فقط بالمعلومات المستمدة من مجلات طبية أكاديمية محترمة. وللدراسة العلمية الصحيحة في هذا المجال، شروط محددة، منها أنها تجرى على مرضى متطوعين، ويوزعون عشوائيا إلى مجموعتين (تجريبية وضابطة)، تتلقى الأولى (التجريبية) العلاج الدوائي المراد اختباره والكشف عن مدى فاعليته، وتتلقى الأخرى (الضابطة) مادة زائفة ليست لها أي آثار كيميائية (عقار وهمي) Placebo.

(*) على الرغم من أن الأدوية النفسية أحد البدائل العلاجية المهمة، فإن الاتجاه الحالي يرى ضرورة الحذر من قبل الأطباء النفسيين في استخدام هذا النوع من العلاجات إلا في الضرورة القصوى مادامت البدائل الأخرى للعلاج النفسي - مثل العلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي وغيرهما - يمكن أن تفي بالغرض، وتحقق نتائج مقبولة. فإذا كانت هناك هذه القيود على الأطباء النفسيين، فإن الأمر يصبح أكثر خطورة إذا ما أقدم بعض العامة على تناول هذه العقاقير من دون وصفة طبية علاجية من طبيب مختص، لمجرد معرفة أسمائها. وقد حذر مؤلف الكتاب من ذلك، ونحن بدورنا نؤكد أنه من الخطورة اللجوء إلى تعاطي الأدوية التي وردت أسماؤها في هذا الكتاب لعلاج القلق والرهاب الاجتماعي أو غيرها من الأدوية التي يتم تداول أسمائها في وسائل الإعلام من دون وصفة طبية. فما يناسب مريضا ربما لا يناسب آخر، وهو ما يتحدد من خلال التشخيص الطبي النفسي الدقيق [المترجم].

والباحث الذي يتولى تقييم حالة الفرد في نهاية التجربة، يجب ألا تكون أبدا على علم بالمجموعة التي ينتمي إليها الفرد الذي يقيمه. ومن الممكن استخدام أكثر من مجموعة علاجية، لتجريب أكثر من دواء، بحيث تعالج كل مجموعة بدواء واحد فقط، ثم تجرى المقارنة بين المجموعات. وكذلك يمكن أن تخضع مجموعة - أو أكثر - لعلاج غير دوائي (أي أسلوب من العلاج السلوكي أو العلاج السلوكي المعرفي التي عرضنا لها). ومن الضروري أن نتأكد قبل بدء التجربة، أن الجميع لا يتناول أي أدوية أخرى، لأن ذلك يؤثر في النتائج، وبالتالي لا نضمن أن النتيجة النهائية ترجع للدواء محل الاختبار فقط. كما يجب أن يقيَّم أثر الدواء بأسلوب دقيق، وأن يتم كذلك تقييم تتابعي بعد فترات من انتهاء العلاج، وتقدير مدى الحالة العامة للمرضى وفاعليتهم بشكل عام، وكذلك مشاعر القلق لديهم في مواقف اجتماعية في حياتهم اليومية. ومن المهم تحديد ما يحدث للأفراد في حالة التوقف عن تناول الدواء، أو عدم الانتظام في تناوله بالشكل المحدد.

والواقع أن إجراء مثل هذه الدراسات، يتطلب تكلفة مادية عالية، ولذا فإن بعضها يعتمد على التجريب على المرضى المترددين على العيادات الخارجية Out patients، ومن ثم فهي لا تكون ملتزمة تماما بالشروط السابق ذكرها للدراسة الدقيقة في هذا الصدد. ويكون الهدف الأساسي للدراسة هو اختبار فاعلية الدواء، وآثار الجرعات المختلفة منه، ومن أمثلة ذلك دراسة عن استخدام جديد لأحد العقاقير المطلقة للسيروتونين Serotonergic، وهي عقار نيفازودونNefazodone (Van Ameringen et al, 1999)، وكل تلك الدراسات تجرى تحت إشراف أطباء نفسيين، وتخضع لقواعد ومعايير أخلاقية صارمة.

الجدول: (٦-١) فئات الأدوية المستخدمة في علاج الرهاب الاجتماعي، والدراسات التي استخدمتها

النمط الدوائي	الدواء المستخدم	الدراسة
مثبطات أوكسيديز	الفينيليزين **Phenelzine**	**Gelernter et al ., 1991**
أحادي الأمين	ترانيلسيبرومين **Tranylcypromine**	**Versiani et al ., 1989**
Monoamine oxides	بروفارومين* **Brofaromine**	**Van Vliet et al ., 1992**
inhibitor (MAOIs)	موكلوبيميد* **Moclobemide**	**Versiani et al ., 1992**
مثبطات امتصاص	فلوكسيتين **Fluoxetine**	**Black & Uhde , 1994**
السيروتونين	فلوفوكسامين **Fluvoxamine**	**Van Valiet et al ., 1994**
Selective serotonin	باروكسيتين **Paroxetine**	**Stein et al ., 1998**
Reuptake inhibitors	سيرترالين **Sertraline**	**Katzelnick et al ., 1995**
(SSRIs)	نيفازودون **Nefazodone**	**Van Ameringen et al ., 1999 b**
مضادات بيتا	أتينولول **Atenolol**	**Liebowitz et al ., 1992**
Beta - Blockers	بروبرانولول **Propranolol**	**Falloon et al ., 1981**
بنزوديازيبينات	البرازولام **Alprazolam**	**Gelernter et al ., 1991**
Benzodiazepines	كلونازيبام **Clonazepam**	**Davidson et al ., 1993**
	ديازيبام **Diazepam**	**Gorenstein et al ., 1995**
Nonbenzodiazepine Anxiolytics	بوسبيرون **Buspirone**	**Van Vliet et al ., 1994**

***مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين الانعكاسية**
(RIMA) Reversible inhibitors of MAO-A

وتخضع النتائج لمراجعات دقيقة، من أكثر من جهة، وذلك قبل نشرها علميا، بالإضافة إلى تسجيلها وإشهارها رسميا لحفظ حقوق الملكية. وعلى أي حال، فإن ما يهمنا هنا هو أن نرى إلى أي مدى يمكن علاج الرهاب الاجتماعي بالأدوية والعقاقير الطبية. ولكن نؤكد من البداية، أنه يجب على كل من ينشد مساعدة للتغلب على مشاكله الخاصة، أو مساعدة

أي شخص يهمه، أن يذهب إلى الطبيب المختص، وألا يحاول أبدا أن يستخدم من تلقاء ذاته أيا من الأدوية المذكورة هنا، ذلك أن أيا منها لا يتناول إلا تحت إشراف طبي دقيق، وبعد دراسة مستفيضة لحالة كل مريض على حدة، هذا بالإضافة إلى آثارها الجانبية الخطيرة.

ويمكننا تحديد أربعة أنماط دوائية للرهاب الاجتماعي، اثنان منها يتضمنان أدوية تستخدم أساسا في علاج الاكتئاب، وهما مثبطات أوكسيديزأحادي الأمين، ومثبطات امتصاص السيروتونين، أما الاثنان الآخران: مضادات بيتا والبنزوديازيبينات Benzodiazepines، فيستخدمان لعلاج أمراض القلق. ويعرض الجدول السابق (٦-١) ملخصا لتلك الأنماط الدوائية الأربعة، التي استخدمت في أبحاث علاج الرهاب الاجتماعي دوائيا.

مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين MAOIs

أوكسيديز أحادي الأمين هو إنزيم يوجد في الخلية المرسلة، أي خلية ما قبل المشتبك العصبي. وهو يؤدي دورا مهما في تحطيم الناقلات العصبية أحادية الأمين، مثل الدوبامين والنورأدرينالين والسيروتونين. وكما هو واضح من اسمه، فإن مثبط أوكسيديزأحادي الأمين، يعمل لكف نشاط أوكسيديزأحادي الأمين Monoamine neurotransmitters، وبالتالي يزيد من مستوى تلك الناقلات العصبية في منطقة المشتبك العصبي. وتبين أن المستويات المرتفعة من الناقلات العصبية أحادية الأمين، ترتبط بالمزاج الإيجابي، في حين ترتبط المستويات المنخفضة منها بالمزاج السلبي، ويتبين أيضا أن مثبطات أوكسيديزأحادي الأمين، ذات فعالية مرتفعة في علاج الاكتئاب. ومع ذلك، فآثارها الجانبية شديدة، خصوصا عندما تتناول مع بعض أنواع الأطعمة، ويكون مهما للمريض الالتزام بنظام غذائي معين. ويرجع السبب في ذلك، إلى أن التيرامين أحادي الأمين Monoamine tyramine الذي يوجد في كثير من الأطعمة، مثل منتجات الألبان والنبيذ وبعض أدوية علاج السعال ونزلات البرد،

يمكن أن يعمل على نحو مضاد ويأتي بنتيجة عكسية. فلأن مثبطات أوكسيديزأحادي الأمين تمنع تحطيم الناقلات أحادية الأمين، فإن المستوى الكلي لها يمكن أن يرتفع بصورة تشكل خطورة على الفرد. وفي محاولة لتقليل تلك الخطورة، إلى توصل مجموعة من مثبطات أوكسيديزأحادي الأمين الانعكاسية Reversible MAOIs (RIMAS).

وهناك ثلاث دراسات مستوفية لشروط الدراسة الجيدة (التي عرضنا لها في الفقرات السابقة)، هدفت إلى الكشف عن مدى فاعلية مثبطات أوكسيديزأحادي الأمين، في علاج الرهاب الاجتماعي. قارنت الدراسة الأولى (Gelernter et al. 1991) بين أربع مجموعات من مرضى الرهاب الاجتماعي، عولجت المجموعة الأولى بدواء «فينيليزين»، والثانية بدواء البرازولام، والثالثة بالعلاج المعرفي السلوكي، والرابعة مجموعة ضابطة تناولت مادة زائفة ليس لها أي تأثيرات كيميائية (عقار وهمي). وجرى توزيع المرضى على المجموعات الأربع عشوائيا، بعد فحصهم إكلينيكيا، واستبعاد أي مريض يعاني أي مرض نفسي آخر غير الرهاب الاجتماعي، وبخاصة الاكتئاب، أو يتعاطى مادة مؤثرة في الأعصاب. واستمر العلاج في المجموعات المختلفة لمدة اثني عشر أسبوعا. وفور انتهاء العلاج خضع الجميع للفحص والتقدير الإكلينيكي، وكذلك لعدد من مقاييس التقرير الذاتي. بالإضافة إلى إعادة تطبيق تلك المقاييس ذاتها بعد ذلك بشهرين بغرض المتابعة. وأشارت النتائج إلى أن المجموعات المرضية الأربع (بما فيها المجموعة الضابطة التي لم تتناول أي دواء، بل تناولت عقارا وهميا لا أثر له) كشفت عن تحسن ملحوظ فور انتهاء العلاج. كذلك تبين أن مجموعة المرضى الذين عولجوا بالفينيليزين (المجموعة الأولى)، والذين عولجوا بأسلوب العلاج المعرفي السلوكي (المجموعة الثالثة)، استمر تحسنهم قائما بعد شهرين من انتهاء العلاج، بدرجة أعلى من المجموعتين الأخريين. ومع ذلك، فإن الفروق الكلية بين المجموعات الأربع كانت طفيفة.

أما الدراسة الثانية (Liebowitz et al., 1992)، فقد قارنت بين ثلاث مجموعات من مرضى الرهاب الاجتماعي، جرى تشخيصهم في ضوء المحكات الواردة بالدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM - III، وتم التأكد قبل بدء العلاج من أنه لا يوجد بينهم من يعاني الاكتئاب. وعولجت المجموعة الأولى بدواء فينيليزين، والثانية بدواء أتينولول (وهو أحد مضادات بيتا)، والثالثة ضابطة تناولت عقارا وهميا. واستمر العلاج لمدة ثمانية أسابيع، أعقبها تقييم آخر. وأشارت النتائج إلى أنه بعد انتهاء الأسابيع الثمانية الأولى، كشف ٦٤ في المائة من العينة الأولى عن تحسن ملحوظ بناء على الفحص الإكلينيكي لهم، بينما بلغت تلك النسبة ٣٠ في المائة لدى العينة الثانية، و٢٣ في المائة لدى العينة الضابطة. أما بناء على التقارير الذاتية للأفراد في المجموعات الثلاث، فلم تكن هناك أي فروق جوهرية بينها. وفي نهاية الأسابيع الثمانية الأخرى، التي كان العلاج مستمرا خلالها، تبين أن ٥٢ في المائة من العينة الأولى قد تحسنوا، وهي نسبة أعلى جوهريا من نسبة التحسن في العينة الثالثة الضابطة، والتي بلغت ١٩ في المائة، لكنها ليست أعلى جوهريا من نسبة التحسن في المجموعة الثانية، التي بلغت ٤٣ في المائة.

وفي الدراسة الثالثة (Versiani et al., 1992) أُجريت مقارنة بين ثلاث مجموعات من مرضى الرهاب الاجتماعي، الذين جرى تشخيصهم في ضوء محكات الدليل التشخيصي الثالث المعدل DSM - 111 - R، عولجت الأولى بدواء فينيليزين، والثانية بدواء موكلوبيميد (أحد مثبطات أوكسيديزأحادي الأمين الانعكاسية)، والثالثة مجموعة ضابطة تناولت عقارا وهميا. واستمر العلاج ستة عشر أسبوعا. وأشارت النتائج إلى تحسن ٧٣ في المائة من أفراد المجموعة الأولى، وذلك بناء على فحص وتقدير الطبيب النفسي، في حين بلغت تلك النسبة ٥٤ في المائة لدى المجموعة الثانية، و١٢ في المائة لدى المجموعة الضابطة. وقد كشف المرضى في المجموعتين الأولى والثانية عن بعض الآثار الجانبية طوال فترة العلاج، وإن كانت تلك الآثار أقل لدى المجموعة الثانية، خصوصا في الأسابيع الثمانية الأخيرة من العلاج.

ومجمل تلك الدراسات، أن ثمة تحسنا ملحوظا في حالة مرضى الرهاب الاجتماعي، بعد علاجهم دوائيا بمثبطات أوكسيديز أحادي الأمين. وهناك دراسات أخرى هدفت إلى فحص آثار مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين الانعكاسية، مثل عقار بروفارومين (وهو عقار سحب من الأسواق) وعقار موكلوبيميد. ويقدم فان أميرينجن وزملاؤه (Van Ameringen et al., 1999 a) عرضا تقييميا لتلك الدراسات، يخلصون منه إلى عدم الاتساق بين نتائجها، وأن فاعلية مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين، بوصفها أدوية لعلاج الرهاب الاجتماعي، لم تثبت بعد بشكل صحيح ومقنع.

مثبطات امتصاص السيروتونين SSRIs

يوجد الناقل العصبي السيروتونين أو (5-Hydroxytryptamine) في عدد قليل من الخلايا العصبية في جذع المخ، لكن هذه الخلايا لها تأثير واسع على عدد كبير من الخلايا العصبية الأخرى. ولتلك الخلايا العصبية - التي يوجد بها السيروتونين - دورها التآزري والتعديلي، إذ إن التغيرات في مستوى السيروتونين لها العديد من الآثار فيما يتعلق بالحالة المزاجية العامة للفرد، وتقديره لذاته، ومستوى انتباهه وتيقظه. ويبدو أن التأثير العام للسيروتونين هو تأثير كاف أو مخمد Inhibitory effect، فحينما ينخفض مستواه يشعر الفرد بأنه غير قادر على مواجهة الضغوط، أو بأنه أقل فاعلية في سلوكه الاجتماعي، أو بأنه أكثر ميلا إلى الاندفاعية والعدوان. ويرتبط مستوى انتشاره المنخفض في المشتبكات العصبية، مقيسا بمستوى أحماض 5-H acids، بزيادة حدة الطبع، وسرعة التهيج Irritability، وتغييرات حادة وسريعة في المزاج العام، والتهور، والنزوع للسلوك الانتحاري. ومثبطات امتصاص السيروتونين، هي أساسا أدوية لعلاج الاكتئاب، ولكنها تستخدم أيضا في علاج الوسواس القهري، والشره العصبي، ونوبات الهلع. وتعمل تلك المثبطات من خلال

منع إعادة امتصاص السيروتونين إلى داخل خلية ما قبل المشتبك العصبي، ولذلك فإنه يظل موجودا مدة أطول في المشتبك العصبي، وبالتالي ييسر انتقال الرسائل التالية خلال المشتبك.

وهدفت عدة دراسات إلى فحص مدى فاعليتها في علاج الرهاب الاجتماعي. وقد عرض فان أميرينجن وزملاؤه (١٩٩٩) نتائج خمس دراسات عولجت فيها عينات من مرضى الرهاب الاجتماعي بأدوية فلوفوكسامين، وسيرترالين، وباروكسيتن، وقارنوها بعينات ضابطة من المرضى الذين تناولوا عقارا وهميا. وخلصت إحدى تلك الدراسات (Van Vliet et al., 1994) إلى كفاءة العلاج بدواء فلوفوكسامين لمدة اثني عشر أسبوعا، وأثره الإيجابي في خفض الرهاب الاجتماعي، حيث تبين أن درجات العينة التجريبية في الرهاب الاجتماعي بعد انتهاء العلاج مباشرة، كانت أقل جوهريا من درجات العينة الضابطة، على مقياس «ليبويتز للقلق الاجتماعي» Liebowitz Social (LSAS) Anxiety Scale، وهو مقياس يتكون من ٢٤ بندا تقيس مدى خوف الفرد، وتحاشيه المواقف الاجتماعية.

وأجرى شتين وزملاؤه (Stein et al.,1999) دراسة بهدف الكشف عن فاعلية علاج الرهاب الاجتماعي بدواء فلوفوكسامين لدى عينة قوامها اثنان وتسعون مريضا بالرهاب الاجتماعي المعمم، ومقارنتها بعينة ضابطة تناولت عقارا وهميا. واستغرق العلاج اثني عشر أسبوعا، خضع الأفراد بعدها في المجموعتين التجريبية والضابطة للفحص والتقدير الإكلينيكي، وكذلك تطبيق مقياس ليبويتز للقلق الاجتماعي المستخدم في الدراسة السابقة. وتبين أنه بناء على الفحص والتقدير الإكلينيكي، تحسن ٤٣ في المائة ممن عولجوا بالفلوفوكسامين مقارنة بنسبة تحسن قدرها ٢٣ في المائة في العينة الضابطة.

وأجريت دراستان على دواء سيرترالين، الأولى (Katzelnick et al.,1995) على عينة صغيرة من مرضى الرهاب الاجتماعي، قوامها اثنا عشر مريضا، قسموا إلى مجموعتين، عولجت الأولى بالسيرترالين،

والثانية ضابطة تناولت عقارا وهميا. وتبين وجود تحسن جوهري بعد العلاج في المجموعة الأولى. أما الدراسة الثانية (Van Ameringen et al.,1998,cited in Van Ameringen et al.,1999c)، فكانت على عينة كبيرة، شملت ٢٠٦ مرضى قسموا عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. واستمر العلاج عشرين أسبوعا. وأشارت الفحوص والتقديرات الإكلينيكية، إلى تحسن ٥٣ في المائة من أفراد المجموعة التجريبية، مقابل ٢٩ في المائة من المجموعة الضابطة.

وأجرى شتين وزملاؤه (١٩٩٨) بدراسة للكشف عن مدى فاعلية دواء باروكسيتن بعد استخدامه اثني عشر أسبوعا. وشملت الدراسة ١٨٧ مريضا بالرهاب الاجتماعي العام في ضوء محكات الديل التشخيصي الرابع DSM - IV، وقسموا عشوائيا إلى مجموعتين تجريبية وضابطة. وبناء على الفحص والتقدير الإكلينيكي، تبين أن نسبة التحسن في العينة التجريبية هي ٥٣ في المائة، بينما كانت ٢٣ في المائة لدى المجموعة الضابطة.

ويعرض فان أميرينجن وزملاؤه (1999a) لثلاث دراسات أخرى، أجريت اثنتان منها لحساب شركة الأدوية التي تنتج دواء باروكسيتن المعروف تجاريا باسم سيروكسات Seroxat، أما الدراسة الثالثة، فقارنت بين العلاج بالباروكسيتن وعلاج بعقار وهمي. وأجريت على تسعة وعشرين مريضا من مرضى الرهاب الاجتماعي. وأشارت نتائج الدراسات الثلاث إلى آثار إيجابية بعد العلاج بالباروكسيتن.

أما بلاك وأود (Black & Uhde, 1994) فدرسا مدى فاعلية دواء فلوكسيتن في علاج الصمت الانتقائي. وشملت الدراسة عينتين من الأطفال، الأولى تجريبية تكونت من ستة أطفال فقط عولجوا بهذا الدواء لمدة اثني عشر أسبوعا، والأخرى ضابطة تناولت عقارا وهميا. ولم تكن نتائج الدراسة حاسمة، الأمر الذي يتطلب إجراء دراسة أخرى على عينات أكبر عددا، ولمدد علاج أطول، قبل الحكم على مدى فاعلية العلاج الدوائي في علاج الصمت الانتقائي.

وبشكل عام، فإن تلك الدراسات تشير إلى الفائدة العلاجية لمثبطات امتصاص السيروتونين. ولعل هذا ما دعا فان أميرنجن وزملاءه (1999 c, p. 314) إلى القول بأن هذا النوع من العلاج الدوائي مبشر جدا، وسيكون في المستقبل القريب العلاج الأساسي للرهاب الاجتماعي، ومع ذلك يجب توخي بعض الحذر لعدة أسباب. فأولا: لاتزال تلك الأبحاث في بدايتها الأولى، ولانزال في حاجة إلى مزيد من البحث قبل الحكم على مدى فاعليتها. وعلينا ألا ننسى أن شركات الأدوية كانت طرفا في بعض تلك الدراسات، وهو ما يجعلها أقل صرامة وحيادية، مقارنة بغيرها من الدراسات التي لم تجر لحساب شركات أدوية. إننا نعتقد أن الجدل القائم حول موضوع استخدام العلاج الدوائي في علاج الخجل والرهاب الاجتماعي، سوف يكون أكثر صعوبة وتعقيدا، إذا تدخلت فيه شركات الأدوية، وأثرت في مجريات الأبحاث، أو مارست ضغوطا بشكل أو بآخر، لتحقيق مصالح اقتصادية. وثانيا: كل تلك الدراسات ذات طبيعة قصيرة المدى، ولم تهتم بتقييم أثر الدواء على المدى الطويل، بل فقط بعد انتهاء فترة العلاج البسيطة، أو بعدها بأسابيع قليلة، ومن ثم فليس لدينا ما يدل على كفاءة العلاج على المدى الطويل. كذلك فإنها اعتمدت في تقييمها لأثر العلاج على رأي وتقدير الطبيب المختص، وليس على ملاحظة تفاعلات الأفراد الاجتماعية في حياتهم اليومية، وما يطرأ عليها من تحسن بعد العلاج. إنه لمن الجائز جدا، أن ما تبين من انخفاض للقلق فور انتهاء مدة العلاج، إنما هو انخفاض مؤقت أو قصير المدى، وأن الرهاب الاجتماعي مازال كما هو من دون تغيير يذكر. أضف إلى ذلك، أنه على الرغم من أهمية تقدير حجم التحسن الذي يشعر به الأفراد بعد تناولهم الدواء، بناء على تقارير ذاتية منهم، توضح لنا حالتهم ومشاعرهم، وتؤكد أنهم يشعرون بالفعل بأنهم أصبحوا أقل قلقا، فإن ذلك ليس كافيا، فنحن لانزال لا نعرف بماذا يشعرون، ولا كيف سيتصرفون إذا تعرضوا لمواقف تستثير لديهم درجات عالية من القلق.

وأخيرا، فليس من الواضح، كيف تمارس تلك الأدوية تأثيرها، وخصوصا أنها أساسا أدوية لعلاج أمراض الاكتئاب. فنحن نعرف كيف يحدث تأثيرها الإيجابي في علاج الاكتئاب، ولكننا لا نعرف كيف تعمل في حالة الرهاب الاجتماعي. نحن لا نعرف كيف تؤدي زيادة مستويات السيروتونين الذي تقوم به علاجات الاكتئاب إلى خفض الاستجابات الرهابية. وأحد التفسيرات الممكنة لذلك، هو أن الاكتئاب عادة ما يكون مصحوبا بالرهاب الاجتماعي، ومن ثم، فإن ما تشير إليه نتائج الدراسات من تحسن في الرهاب الاجتماعي بعد العلاج إنما هو بسبب ما حدث من انخفاض في أعراض الاكتئاب. فما يحدث لمرضى الرهاب الاجتماعي من اعتدال وإيجابية في حالتهم المزاجية، نتيجة تلك العلاجات الدوائية، هو الذي يجعلهم يشعرون بأنهم أصبحوا في حالة أحسن، وتتغير اتجاهاتهم نحو أنفسهم، ونحو مشكلاتهم، على الأقل في المدى القصير. لكن هناك ما يتعارض مع افتراضنا هذا وينفيه. فأولا، كان يتم من البداية وقبل العلاج، التأكد من أن أيا من هؤلاء المرضى لا يعاني أمراضا نفسية أخرى - غير الرهاب - خصوصا الاكتئاب. وثانيا فإن الأدوية التي تعالج الاكتئاب، وليست قائمة على أساس تثبيط امتصاص السيروتونين، مثل مضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات Tricylic antidepressants وجد أنها لم تكن فعالة في خفض الرهاب الاجتماعي (Sutherland & Davidson, 1995, p. 324).

مضادات بيتا والبنزوديازيبينات Benzodiazepines

لما كان الرهاب الاجتماعي يتضمن - ضمن ما يتضمن - درجات عالية من القلق في المواقف التي يخافها الفرد، فإنه من المنطقي أن نفترض أن العلاجات الدوائية لأمراض القلق، سوف تكون مفيدة في علاج الرهاب الاجتماعي. وتقوم مضادات بيتا بكف نشاط الأدرينالين والنورأدرينالين، اللذين يؤديان إلى زيادة سرعة دقات القلب، وزيادة العرق، والمكونات الذاتية الداخلية للقلق. ومع ذلك، فدراسات قليلة هي التي اهتمت بدراسة مدى فاعلية «مضادات بيتا» في علاج الرهاب الاجتماعي. وهدفت بعض

الدراسـات إلى مـعـرفـة أثر العـلاج بتلك المضـادات، في خـفض القلق الذي يشعر به بعض العازفين الموسيقيين المحترفين، عندما يؤدون أمام الجمهور. واعتمدت تلك الدراسات في تصميمها التجريبي على استخدام مجموعات ضابطة من العازفين، تناولت عقارا وهميا. وخلصت تلك الدراسات إلى أن مضادات بيتا، تخفض من القلق الذي كان ينتاب العازفين وهم يؤدون أمام الجمهور (Sutherland & Davidson, 1995)، لكن علينا أن نعرف أنه على الرغم من أن رهبة الوقوف على المسرح، والأداء أمام جمهور، هما من المواقف التي يشعر فيها كثيرون بالخوف، فإن العازفين الذين عولجوا بمضادات بيتا، لم يشخصوا بوصفهم مرضى رهاب اجتماعي، بل فقط كانوا يشعرون بقدر من القلق وهم يعزفون، انخفض بعد تلقيهم العلاج. أما عن الدراسات التي استخدمت مضادات بيتا في علاج مرض الرهاب الاجتماعي، ففي إحداها (Liebowitz et al., 1992) أُجريت المقارنة بين مجموعتين من المرضى، عولجت الأولى بأحد مضادات بيتا وهو أتينولول، في حين عولجت الثانية بأحد مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين وهو فينيليزين، وتبين تكافؤ العلاجين. وفي دراسة أخرى (Turner et al., 1994) قورن بين ثلاث مجموعات، عولجت الأولى بدواء أتينولول، وعولجت الثانية علاجا سلوكيا من خلال تعريض الأفراد مباشرة للمواقف المخيفة في الواقع الفعلي، والثالثة عينة ضابطة تناولت عقارا وهميا. واستمر العلاج لمدة ثمانية أسابيع. وتبين أن مضاد بيتا (أتينولول) لم يكن أكثر فاعلية من العقار الوهمي، وكان أقل فاعلية من العلاج السلوكي. وفي دراسة أخرى(Falloon et al., 1981) تبين عدم وجود فرق بين مجموعتين من مرضى الرهاب، عولجت الأولى ببرنامج للتدريب على المهارات الاجتماعية مصاحبا لتناول أحد مضادات بيتا وهو بروبرانولول، وعولجت الثانية بالبرنامج التدريبي نفسه مصاحبا لتناولهم عقارا وهميا.

هذا عن مضادات بيتا، أما عن البنزوديازيبينات Benzodiazepines، فهي تؤثر في الاستثارة من خلال قدرتها على زيادة نشاط الغابا (GABA) Gamma - amino - butyric - acid، وهو

الناقل العصبي الرئيسي من المشتبكات العصبية الكافة أو المخمدة في الجهاز العصبي المركزي. وترتبط المستويات المرتفعة من هذا الناقل العصبي بالخمول والنعاس، في حين ترتبط المستويات المنخفضة منه بالقلق والاستثارة. وتستخدم البنزوديازيبينات Benzodiazepines مضادات للتشنج العضلي، إذ تعمل على استرخاء العضلات، كذلك فإنها تستخدم على نطاق واسع لعلاج أمراض القلق. وعرض سوزرلاند وديفيدسون (Sutherland & Davidson , 1995) لست دراسات استخدمت علاجين دوائيين هما: كلونازيبام، والبرازولام، وتبين فيها جميعها فاعلية هذين الدواءين وحدوث تحسن ملحوظ لدى من عولج بأي منهما من مرضى الرهاب الاجتماعي. وفي دراسة أخرى (Davidson et al., 1993) عن فاعلية دواء كلونازيبام، قُسم ٧٥ مبحوثا من مرضى الرهاب الاجتماعي إلى مجموعتين، الأولى عولجت بهذا الدواء عشرة أسابيع، والثانية ضابطة تناولت عقارا وهميا. وتبينت نسبة تحسن في المجموعة الأولى بلغت ٧٨ في المائة، في حين بلغت تلك النسبة ٢٠ في المائة فقط في المجموعة الضابطة. وهناك دراسة أخرى (Gelernter et al., 1991) على أربع مجموعات من مرضى الرهاب الاجتماعي، عولجت المجموعة الأولى بدواء البرازولام، والثانية بأحد مثبطات أوكسيديز أحادي الأمين وهو فينيلزين، وخضعت الثالثة لعلاج سلوكي معرفي، وكانت الرابعة ضابطة تلقت عقارا وهميا. وتبين أن الفروق بين المجموعات الأربع كانت صغيرة، وإن كان البرازولام أقل فاعلية من العلاجين الآخرين.

وثمة تحفظات قوية على استخدام البنزوديازيبينات Benzodiazepines، بسبب آثارها الجانبية الشديدة في كل من الذاكرة والتركيز، خصوصا إذا استمر تناولها لمدة طويلة، وكان من يتناولها يتعاطى أي مهدئات، مثل الفاليوم Valium (ديازيبام Diazepam)، كذلك فإن استخدامها مع تعاطي الفرد الكحوليات أمر بالغ الخطورة، لأن ذلك يجعل الفرد – على سبيل المثال – غير قادر

على قيادة السيارة بكفاءة، أو غير قادر على الأداء جيدا في العمل أمام أي آلة أو جهاز .(Sutherland & Davidson (1995, p. 342، ونستطيع إدراك مدى أهمية وخطورة تلك النقطة، عندما نعرف أن كثيرا من مرضى الرهاب الاجتماعي، وكثيرا من الخجولين يتعاطون الكحوليات، وغيرها من المواد المؤثرة في الأعصاب، كوسيلة تساعدهم على مواجهة القلق الذي يتعرضون له في المواقف الاجتماعية. ومن المؤكد، أن أي تحسن في حالتهم، يقلل من إمكان لجوئهم إلى تلك الاستراتيجيات السلبية لمواجهة قلقهم.

وخلاصة لما سبق، فهناك ما يشير إلى فاعلية العلاجات الدوائية وتأثيرها الإيجابي في مرضى الرهاب الاجتماعي، على الأقل في المدى القصير. لكنه، وخلافا لما هو موجود من اهتمام شديد بالمقارنة بين العلاجات النفسية المختلفة، فإن دراسات قليلة هي التي قارنت بين العلاجات الدوائية بعضها ببعض، وبخاصة فيما يتعلق بالآثار طويلة المدى لكل دواء، وما يطرأ على مرضى الرهاب الاجتماعي من تحسن عبر فترات زمنية ممتدة (Stravynski & Greenberg, 1999)، كذلك لا توجد دراسات هدفت إلى الكشف عن أثر التوقف عن أخذ الدواء، أو عدم الانتظام في ذلك. وقد أشرنا إلى بعض الدراسات التي قارنت بين علاجات نفسية، وعلاجات دوائية. وخلص بعضها (Gelernter et al., 1991) إلى وجود فروق طفيفة بين الذين عولجوا علاجا معرفيا سلوكيا، والذين عولجوا بدواء فينيليزين، والذين عولجوا بدواء البرازولام، والذين لم يخضعوا لأي علاج حقيقي. كذلك وجد البعض (Turner et al., 1994) أن الدمج بين أحد مضادات بيتا (وهو بروبرانولول) والتدريب على المهارات الاجتماعية، لم يكن أكثر فاعلية من التدريب على المهارات الاجتماعية فقط. إن دراسات قليلة جدا هي التي تقدم دليلا حاسما على فاعلية العلاج الدوائي للرهاب الاجتماعي. وفيما يبدو، فإن العلاج الدوائي يمكن أن يصبح أكثر فاعلية في خفض القلق الاجتماعي، إذا كان متزامنا مع العلاجات السلوكية، وهو ما لم يتم بحثه وتقييمه حتى الآن بشكل منتظم.

علاج مشكلات احمرار الوجه

يمثل احمرار الوجه، مشكلة مؤرقة لنحو ٥٠ في المائة من مرضى الرهاب الاجتماعي (Stein & Bouwer, 1997)، فهم يخافونه، لأنهم يعتبرونه علامة تكشف ارتباكهم للآخرين، وهذا الخوف من الارتباك مكون جوهري في الرهاب الاجتماعي كما هو معروف حاليا. والخوف من احمرار الوجه (أو ما يعرف بالإيريثوفوبيا Erythophobia) مشكلة شائعة لدى الأفراد المرتفعين في القلق الاجتماعي. وتتشابه أساليب مساعدة الأفراد على مواجهة مشكلات احمرار الوجه بأساليب علاج القلق الاجتماعي بشكل عام. وللتغلب على احمرار الوجه، قدم إيدلمان (Edelmann, 1990) برنامجا علاجيا يقوم على المساعدة الذاتية self - help، أي يمكن للمريض أن يقوم به بنفسه، ويعتمد على إعادة البناء المعرفي، والتدريب على الاسترخاء، وتدريبات تزيد من ثقة الفرد بذاته. وكذلك قدم بوجلس وزملاؤه (Bogles et al., 1997) برنامجا علاجيا يقوم على فكرة أن خفض انتباه الفرد، وتركيزه على ذاته، وتوجيه هذا الانتباه والتركيز على ما يؤديه الفرد، يؤدي إلى خفض كل من احمرار الوجه وخوف الفرد من هذا الاحمرار، ويؤدي كذلك إلى خفض أفكاره السلبية عن مترتبات الاحمرار. وأجرى البعض (Schooling & Emmelkamp, 1996) سلسلة من الدراسات، هدفت إلى المقارنة بين ثلاث مجموعات ممن يعانون احمرار الوجه في بعض المواقف الاجتماعية، حيث عولجت الأولى علاجا سلوكيا بأسلوب التعريض المباشر الواقعي للموقف المخيف، وعولجت الثانية علاجا معرفيا بأسلوب إعادة البناء المعرفي، والثالثة عينة ضابطة لم تخضع لأي تدخل علاجي. وقد تبين عدم وجود فرق بين العلاجين، السلوكي والمعرفي، وأن كليهما كان أكفأ مقارنة بالعينة الضابطة، حيث كشفت التقارير الذاتية للأفراد في المجموعتين الأولى والثانية، عن خوفهم من الاحمرار، والحدوث الفعلي للاحمرار، وإفرازهم للعرق، والارتعاش، والارتعاد في الموقف المخيف، إلى انخفاض جوهري في تلك الجوانب

الأربعة بعد العلاج، وهو ما لم يحدث لدى العينة الضابطة. كذلك تبين أن هذا التحسن في المجموعتين قد ظل قائما ومستمرا لمدة ثمانية عشر شهرا بعد انتهاء العلاج.

وحديثا، تجرى عملية جراحية لمنع احمرار وعرق الوجه. وهي عملية بسيطة وقصيرة يجري فيها إبطال نشاط العصب السمبثاوي في الصدر، وبالتالي يتوقف عن إرسال الإشارات السمبثاوية للأوعية الدموية في الوجه. وتجرى هذه العملية الجراحية تحت التخدير الكلي، وباستخدام المنظار الجراحي، ويتم عمل ثقبين صغيرين تحت الإبط. والاسم الفني لهذه العملية endoscopic thoracic sympathectomy (ETS)، وقد أجريت تلك العملية لكثير ممن يعانون احمرار الوجه وزيادة العرق. وأجرى تيليرانتا (Teleranta, 1998) هذه العملية لواحد وخمسين مريضا بالرهاب الاجتماعي، وخلص الباحث إلى حدوث تحسن جوهري لديهم في كل من احمرار الوجه، والارتعاش في المواقف الاجتماعية المخيفة والمقلقة، والحيلولة دون حدوث أي مضاعفات أو آثار جانبية. وفي دراسة تتبعية (Olsson - Rex et al., 1998) شملت ٨٧٥ ممن يعانون زيادة عرق كفي اليدين، و٢٤٤ ممن يعانون احمرار الوجه، أجريت لهم تلك العملية الجراحية، ثم استمرت متابعتهم فترات تراوحت بين أقل من سنة وثلاث سنوات. وكشفت التقارير الذاتية لهؤلاء الأفراد عن رضاهم الشديد بنتيجة العملية. وفيما يتعلق بمن كانوا يعانون احمرار الوجه، أشار ٩٦ في المائة منهم إلى تحسن حالتهم، في حين أشار ٨٥ في المائة إلى رضاهم التام عن حالتهم بعد الجراحة. وبشكل عام، كانت المضاعفات أو الآثار الجانبية نادرة.

وعلى الرغم من أن هذه النتائج واعدة، فإن هذا البحث مازال في بداياته. فالمرضى يقيمون الموقف هنا، في ضوء مدى إدراكهم خطورة مشكلة احمرار الوجه بالنسبة إليهم، من جهة، والخطورة المحتملة لإجراء الجراحة تحت التخدير الكلي ومضاعفاتها المستقبلية من جهة أخرى. لكن ما يستوقفنا نحن بوصفنا علماء نفس، في هذا الأمر، هو افتراض أن

احمرار الوجه حالة سلبية تماما، لا نفع فيها. وعلى الرغم من أنه يبدو كذلك، وأنه يعتبر أمرا سيئا للغاية ومشكلة كبيرة لدى البعض، فإن لاحمرار الوجه جانبه الإيجابي، إذ إنه يؤدي وظائف اجتماعية إيجابية، وهو ما ناقشناه في الفصل الخامس. ولم تجر أي دراسات بهدف معرفة ما إذا كان من الممكن علاج احمرار الوجه ومشكلاته بالعلاج المعرفي السلوكي، الذي ثبتت فاعليته في علاج مظاهر وأعراض أخرى للقلق والرهاب الاجتماعي. والسؤال الأساسي المطروح هنا، هو ذلك الذي طرحه بيك (Beck, 1989) وغيره من الباحثين، وهو: هل احمرار الوجه في حد ذاته مشكلة هؤلاء الأفراد، أم أن مشكلتهم الحقيقية تكمن في «تفكيرهم» حول هذا الاحمرار؟

ملخص الفصل

تجرى الدراسات المتعلقة بالتغلب على الخجل وعلاجه، تحت مظلة الدراسات التي تتناول علاج الرهاب الاجتماعي. والأفراد الذين ينتظرون من أبحاث الخجل هذه، أن تمدهم بالمساعدة، لمواجهة ما لديهم من مشكلات، يرجعونها إلى خجلهم، لن يجدوا تلك المساعدة متوافرة بالصورة التي يتوقعونها. والسبب الأساسي في ذلك، هو عدم وضوح وتداخل المصطلحات المستخدمة في تلك الدراسات. فقد تعرض مصطلح الخجل إلى النقد، بسبب أن استعماله الشائع في لغة الحياة اليومية، بمعان مختلفة، يوحي بأنه مفهوم يفتقر إلى التحديد الدقيق، ومن ثم يصعب أن يمثل أساسا ملائما لتحديد وتصنيف المشكلات في السلوك الاجتماعي، أو تصميم الاستراتيجيات العلاجية الملائمة لها. وعلى الرغم من أن مصطلح الرهاب الاجتماعي، لا يعاني تلك المشكلة التي يعانيها مصطلح الخجل، فإنه أيضا لايزال مثارا للجدل والخلاف؛ ذلك لأن مصطلح الرهاب يعني خوف الفرد من شيء أو موقف بعينه، في حين أن الأفراد الذين يعانون قلقا اجتماعيا مرتفعا، يخبرون هذا الخوف، ويشعرون به، في مدى واسع من المواقف الاجتماعية المختلفة. لهذا فقد اقترح البعض

مفهوم الرهاب الاجتماعي العام، لكنه - كما هو واضح من اسمه - يتسم بالتناقض الذاتي. أضف إلى ذلك، وجود بعض المشكلات في التمييز بدقة بين الرهاب الاجتماعي، واضطراب نمط الشخصية التجنبية.

وثمة صعوبة أخرى، تتعلق بالتصور النظري لطبيعة العلاقة بين الخجل، الذي يمكن لأي فرد منا أن يخبره ويشعر به، والقلق الشديد الذي يرتبط بمرض الرهاب الاجتماعي. وأحد التصورات المقترحة هنا، هو أن هناك متصلا كميا للقلق الاجتماعي، يبدأ عند أحد طرفيه بأقل الدرجات، وينتهي عند الطرف الآخر بأعلى درجات القلق الاجتماعي، حيث يقع الرهاب الاجتماعي (انظر الشكل ٦-١ أ). وهناك تصور آخر، يرى أن هناك فروقا كيفية بين الخجل والرهاب الاجتماعي. ويفترض هذا التصور أن مزاج الخجل، أو سمة الخجل، هي أحد العوامل التي تجعل الفرد أكثر استعدادا وتهيؤا للإصابة بالرهاب الاجتماعي، وأن هناك أيضا عوامل أخرى - غير الخجل - تمارس تأثيرا من هذا الشأن، إما مع الخجل ومتفاعلة معه، وإما بمنأى عنه غير متأثرة به (انظر الشكل ٦-١ ب). وتتشابه تلك المشكلة التصورية، مع مثيلها في موضوع الاكتئاب، بمعنى: هل الاكتئاب المرضي يختلف كيفيا عن مشاعر الأسى والكدر العادية التي نمر بها جميعا في حياتنا اليومية، أم أنه مجرد درجة عالية من تلك المشاعر السلبية؟ ولا شك في أن لهذه المشكلات التصورية المفهومية أهميتها ودلالتها العلمية، خصوصا عند السعي إلى الوصول لعلاجات طبية لهذه الحالات النفسية، وتقييم مدى فاعلية هذه العلاجات. وعلى الرغم من التقدم في فهم الأمراض النفسية، والجهود الكبيرة المبذولة من أجل تغيير الصورة السلبية عنها لدى الناس، وعدم اعتبارها «وصمة عار» تلتصق بمن يصاب بها، فلايزال كثيرون يعتقدون أنها ليست «أمراضا» حقيقية، وأن الفرد الذي يصاب بأي منها، إنما يكون هو المسؤول بدرجة أو بأخرى عن ذلك، وأنه يستطيع وحده التغلب على ما يعانيه، بالعزيمة والإرادة.

ولا شك في أن أي مرض نفسي، يجب فهمه والتعامل معه، في ضوء البعد الثقافي الحضاري، بالإضافة إلى جوانبه النفسية، والفسيولوجية. فلكل ثقافة معاييرها الخاصة التي يتحدد في ضوئها ويتشكل سلوك أفرادها، والتي على أساسها يقدر هذا السلوك ويقيم. وتؤثر تلك المعايير في كيفية تربية الأطفال، وممارسات عمليات التنشئة الاجتماعية. ولدى الآباء والأمهات في أي ثقافة، اتجاهات حيال الخصائص والصفات المزاجية لأطفالهم، وحيال السلوكيات والتصرفات النموذجية. وتنعكس هذه الاتجاهات على تعاملاتهم مع أطفالهم، وعلى ما يطلقونه عليهم من أوصاف ومسميات (ذكي - عصبي - أناني - خجول... إلخ)، وهو ما ينسحب بدوره على ما يكونه الطفل من تصور لذاته، وتقديره، وتوقعاته لنتائج ومترتبات تفاعلاته وعلاقاته الاجتماعية، ويجب مساعدته في مواجهتها والتغلب عليها.

إن ما عرضناه في هذا الفصل يبعث على التفاؤل فيما يتعلق بمساعدة الأفراد الذين يعانون مشكلات نفسية متعلقة بالشعور بالذات، وانخفاض تقدير الذات، وأمراض القلق، وصعوبة التصرف بشكل ملائم في المواقف الاجتماعية التي تنطوي على درجة عالية من القلق الاجتماعي بأشكاله المختلفة. ومع ذلك، فإن الإسهام الذي يمكن أن يقدمه العلاج الدوائي في هذا الشأن، لايزال غير مؤكد. فعلى الرغم مما حققته بعض العلاجات الدوائية من بعض النجاح في خفض أعراض القلق الاجتماعي، وتغيير صورة الذات لدى الفرد إلى الاتجاه الإيجابي (بناء على التقارير الذاتية من المرضى أنفسهم) فلا يوجد ما يؤكد فائدتها وأثرها الإيجابي على المدى الطويل، ولا يوجد ما يؤكد أن آثارها الإيجابية ستظل قائمة بعد توقف الفرد عن تناولها. إن تحليلنا للخجل، باعتباره ظاهرة معقدة، له أبعاده المعرفية والجسمية والسلوكية، يرجح أن العلاج الدوائي لن يكون فعالا، إذا استخدم وحده، لكنه يمكن أن يكون مفيدا جدا، إذا حدث دمج بينه وبين العلاج المعرفي السلوكي.

7

خاتمة الكتاب

عندما طلبت الأم من صغيرها «بين» Ben أن يسلم على عمته، وقف منكس الرأس، ناظرا إلى الأرض، وغير قادر على الرد على أسئلة عمته، وهنا قالت العمة «إنه ولد خجول»، وعلقت الأم على ذلك بقولها: «إنه ليس دائما هكذا». وعندما كبر الطفل، ووصل إلى العمر الذي يمكنه فيه أن يلعب مع أقرانه لعبا جماعيا، كان يصرخ عندما تتركه والدته، ويظل كذلك وقتا طويلا قبل أن يعود إلى هدوئه. إنه يفضل أن يلعب منفردا في حاله، وعندما يحاول الأطفال الآخرون مشاركته في اللعب بما في حوزته من دمى وعرائس، فإنه يتركها لهم مستسلما، ومن دون أن يبدي أي اعتراض. وعندما يأتي عليه الدور ليتحدث عن نفسه أمام أقرانه، فإنه يصمت تماما. ويقول المشرف عليه

«إن التغيرات الجوهرية في حياة الفرد، يمكن أن تجعله أقل خجلا، ليس فقط لأنها تؤثر في مفهومه لذاته، ولكن لأنها تيسر له القيام بأدوار اجتماعية متبلورة وواضحة»

المؤلف

في الحضانة لوالديه، «إنه سوف يظل كذلك طوال عمره». وعندما التحق بالمدرسة، كان حي الضمير، ومطيعا ومحبوبا من مدرسيه وزملائه في الفصل. ولم يكن قط يبادر بالتطوع للإجابة عن أي سؤال يطرحه المدرس على التلاميذ في الفصل، ولكن إذا طلبت الإجابة منه هو بالتحديد، فإنه يقول دائما ما يرضي مدرسه ويسعده. لقد كان هادئا جدًا في الفصل الدراسي، وأكثر ما كان يفضله، هو أن يترك وشأنه، يرسم أو يقرأ. وفي فناء المدرسة، يظل يحوم من بعيد حول مجموعات الأطفال وهم يلعبون ألعابا مختلفة، من دون أن يحاول أن يقترب من إحداها، أو يشارك أطفالها لعبهم. وعندما حضر والداه إلى المدرسة في إحدى الحفلات المدرسية، أخبرهما المدرسون بأنه ولد هادئ جدًا، ورد الوالدان على ذلك بالقول: «ولكنه ليس كذلك في المنزل».

وأمضى «بين» سنوات مدرسته بشكل هادئ يخلو من أي أحداث مهمة. لقد كان يذاكر دروسه بجد واجتهاد، ولكنه منغلق على نفسه. لم يكن أبدا مشهورا بين زملائه، ويحرص دائما على ألا يتم اختياره عضوا في أي فريق. ولكن لم يكن هناك من لا يحبه، وإذا سألتهم عنه، فسيقولون إنه ولد لطيف وديع. وإذا طلبت منه أي مساعدة في أمر منزلي، فإنه يكون صبورا ولطيفا ومتعاونا. وكان له صديق أو صديقان يحب أن يسير معهما، ولكنه يذهب إلى المنزل فور انتهاء المدرسة، ويرفض دعوتهما له لكي يلعبوا معا. فهو يحب ألعاب الحاسوب، وتجميع الأشياء. وعندما تسأله عن هذه الأشياء، فإنه يبدو حيويًا متحمسا، ويتكلم عنها من دون توقف. إن المدرسين يحبونه، ولكنهم لا يشعرون أبدا بأنهم يفهمونه أو يعرفونه جيدا. إنه لا يهتم بأي أنشطة خارج المدرسة، ولا يحب الذهاب إلى النوادي أو الحفلات.

ولكن ما هي مشاعر «بين» في كل ذلك؟ إنه يريد دائما أن يشارك في الأنشطة الاجتماعية، ولكنه يشعر بأنه غير قادر على ذلك. إنه عادة ما يكون في ذهنه فكرة، أو شيء ظريف يمكنه أن يقوله، أو يعرف جيدا الإجابة عن سؤال مدرسه، ولكنه يخاف أن ينطق بذلك، خشية ألا يعجب الآخرين، ومن ثم يطلقون عليه وصف «الغبي». إنه لا يحاول أبدا أن يكون طرفا في أي حوار، ويتملص من أي موقف يحتمل أن يتكلم فيه. إنه لا يفكر أبدا فيما يمكنه أن يقوله لأي شخص آخر، ويشعر بالفزع إذا تصور نفسه في موقف تفاعل ومواجهة مع مدرسه، أو حتى مع طفل آخر، لأنه يعتقد أنه في هذا الموقف سوف يظل مكتوما صامتا، وبالتالي فلن يرغب أحد بعد ذلك في أن يتحدث معه. وعندما يكون مع آخرين، فإنه يظل هادئا، غير أن عقله مكتظ بالأفكار ولا يكف عن العمل، ويظل يردد في ذهنه ما ينوي أن يقوله، وكأنه يُجري بروفة لنفسه وهو يتكلم، ولكن في النهاية يجد نفسه غير قادر على النطق بما يفكر فيه ويردده في ذهنه. الأسوأ من ذلك، أنه إذا استجمع شجاعته وتكلم، فإنه يعتقد أنه لا يتكلم كما ينبغي ويتمنى، وبالتالي يصمت من جديد، معتقدا أن ما يقوله لا يلقى اعتبارا أو اهتماما من الآخرين. وعلى الرغم من أننا جميعا نتبسط أحيانا، ونمزح مع أصدقائنا وزملائنا، فإن «بين» يشعر بالأسى والاستياء إذا مازحه أحد، أو كان موضوعا للمزاح مع أصحابه. إنه لا يحب أبدا أن يعلق أو يتكلم في أي موقف مزاح وسخرية. لقد بدأ يفكر في نفسه على أنه شخص خجول.

وقد أعجب «بين» بفتاة قابلها في درس للرقص. وكانت بنتا جميلة ولطيفة، فوجد نفسه قادرا على الكلام معها بسهولة، ولكنه اعتقد أنها لا يمكن أن تبادله مشاعره، لأنها لم تعرفه بعد على حقيقته، وأنها عندما تعرفت عليه، لم تكن تعرف أنه

خجول. لقد كان أول ميعاد غرامي في حياته مع زميلة له في المدرسة، ولكنه كان شاعرا بالذات بدرجة شديدة خلال هذا الموعد، ومعتقدا أن الدنيا كلها تنظر إليهما وتراقبهما. لقد كان مرعوبا جدا من أنها تبدو «ناضجة وكبيرة» في السن بسبب طبيعة الملابس التي ترتديها، والحذاء ذي الكعب العالي. لقد شعر بالضيق والاضطراب وهو يمسك بيدها، ومنعه خجله الشديد من أن يقبلها في نهاية اللقاء. إن خجله أصبح الآن جزءا أساسيا وملمحا بارزا في شخصيته.

ما الذي نعرفه عن خجل هؤلاء الأفراد من أمثال «بين»؟ أولا، إن «بين» وأمثاله كثيرون جدا. يميل هؤلاء الأفراد إلى الاعتقاد بأنهم «مختلفون» عن بقية الناس فيما يواجهونه من صعوبات في تفاعلاتهم الاجتماعية في المواقف المختلفة، وبأنهم السبب الرئيسي لتلك الصعوبات، لأنها ترجع إلى طبيعة شخصياتهم. فقد أشارت نتائج بحث ستانفورد، وما تلاه من أبحاث أخرى، إلى أن نسبة كبيرة من الناس يواجهون هذه الصعوبات الاجتماعية؛ إذ يعانون في تلك المواقف الاجتماعية، وما تتطلبه من تفاعل مع الآخرين من الشعور بالذات والعصبية ويقاومون الدخول في أي حوار أو مناقشة مع الآخرين، ويعتقدون أنهم هم المسؤولون عن تلك الصعوبات التي يواجهونها. ولكن ليس كل الخجولين على منوال واحد، فالخجل لدى البعض منهم، هو الصمت وعدم القدرة على معرفة ما يمكن للمرء أن يقوله (وكما قال أحدهم: أنا بطبيعتي خجول، وغير قادر على أن أتحاور مع أحد). ولدى البعض الآخر، هو الشعور بالذات، أو احمرار الوجه، أو وجود أعراض القلق.

لقد ركزت الأبحاث النفسية في مجال الشخصية على السمات المختلفة التي تميز الأفراد، واعتبرت أن تلك السمات هي خصائص ثابتة ودائمة لدى الفرد، وأنها هي التي تجعل

سلوك الفرد متسقا من موقف إلى آخر، وتساعد على تمييز سلوك أحد الأفراد عن سلوك فرد آخر. ومن الممكن قياس تلك السمات بعدة طرق، منها على سبيل المثال الاستبيانات ومقاييس التقدير، ويمكن استخدام هذه المقاييس في التنبؤ بسلوك الأفراد في مختلف المواقف. وبناء على هذا التصور (وهو ما يسمى منحى السمات) فإن خجل «بين» ليس راجعا إلى معتقداته وأفكاره عن ذاته، لا إلى اعتقاده بخصوص اتجاهات الآخرين نحوه، ولا إلى تصوره عما يتوقعه الآخرون منه في المواقف الاجتماعية المختلفة، بل إن أسباب خجله تكمن في بناء شخصيته ذاتها وما تتميز به من سمات وخصائص.

غير أن هذا التصور ليس الوحيد لفهم وتفسير الخجل وتحديد الفروق الفردية فيه. فيقدم بحث ستانفورد للخجل، مثالا لمنحى آخر مختلف، يبدأ بالتركيز على المفاهيم والتصورات الذاتية للأفراد عن خجلهم، وتأويلهم الخاص له، وآثاره على حياتهم الاجتماعية وعلاقاتهم بالآخرين. وعلى الرغم من أن هذا البحث أعطى دفعة قوية لإجراء كثير من الأبحاث المشابهة في الخجل (ولقي الكثير مما قاله الأفراد الخجولون المشتركون فيه، عن خجلهم وتفسيرهم له وما يتضمنه الخجل من جوانب معرفية وانفعالية وسلوكية، دعما إمبريقيا من الكثير من الدراسات المعملية) ولايزال يمثل مصدرا مهما للمعلومات عن الخجل، فإنه لا يقدم نموذجا متكاملا للبحث في الخجل. وهناك منحى ثالث في دراسة الشخصية، هو المنحى «الفردي» Ideographic، يركز على الفحص الدقيق للظروف الخاصة بالفرد، ويقوم على الاستقصاء الشامل عن الفرد بأسلوب دراسة Case study وقد ثبتت فاعليته وفائدته بصفة خاصة في دراسة الأفراد النادرين (سلبا وإيجابا)، مثل المرتفعين في الإبداع، أو ذوي الحالات المرضية الخاصة مثل فقدان

الذاكــرة Amnesia أو بعـــض اضطرابات اللغـة أو من حــدثت لهم إصـابة فـي المخ. غـيـر أن هـذا المنحى نادرا مـا اسـتـخـدم في دراسة الخجل.

وقد أثمر منحى السمة عددا هائلا من الدراسات في موضوع الخجل، فضلا عن وجود عدد كبير من المقاييس التي استخدمت في تلك الدراســات (انظر الفـصل الأول). ويتم فـي هذا المنحى تحديد خجل الأفـراد وقلقـهم الاجتـمـاعي على أسـاس درجـاتهم على المقـاييس الخـاصـة بهـاتين السـمـتين وغـيـرهـمـا. وتبين أن الأفراد الخجولين أو المرتفعين في القلق الاجتماعي، يختلفون عن الأفـراد الأقل خـجـلا أو الأقل قلقـا اجـتـمـاعـيـا فـي عـدد من الجوانب، فهم أكثر شعورا بالذات، ومشغولون كثيرا بتوقعاتهم لأدائهم السيئ، ويميلون إلى أن يدركوا ما ينطوي عليه أي موقف اجتماعي - مهما كان طبيعيا ومحايدا - من تهديد للذات. إنهم يعتقدون بعدم قدرتهم على الوصول إلى المعايير التي يتوقعها منهم الآخرون. ومقارنة بالأقل خجلا، فإنهم يقرون بمعاناتهم من الكثير من أعراض القلق ومظاهره. وقد اهتمت دراسات عديدة بقـيـاس بعض مـؤشـرات وأداءات نشـاط الجـهـاز العـصـبي السـمـبـثـاوي، أو النشـاط الكهـربي للمخ لدى الخـجـولين وغـيـر الخجولين. وعلى الرغم من أن مدى الاتساق والاتفاق بين نتائج تلك الدراسات ليس كبيرا، فإن معظمها خلص إلى أن الأطفال الخجولين، وكذلك الراشدون الخجولون، يتسمون بزيادة معدل نشـاط القلب، وبمسـتـوى مـرتفع من نشـاط الجـزء الأمـامي من نصف المخ الأيمن. وهي منطقـة من المخ تؤدي دورا مـهـمـا في انفعـال الخـوف، ومعـالجـة المعلومـات المهـددة للفـرد. والأطفـال الخجولون والراشدون الخجولون صامتون، وأبطأ في الانخراط في الحوارات الاجتماعية، وفي كسر الصمت، وخصوصا عندما يكون الفرد منهم مع غرباء أو أشخاص غير مألوفين بالنسبة

إليه. و أظهرت الدراسات كذلك أن الخجولين مشغولون كثيرا بتقييم الآخرين لهم، ويعتقدون أن أي تصرف يقومون به أمام الآخرين، سوف يكون موضعا للتقييم والنقد.

ما أصول خجل «بين»؟ بالإمكان ملاحظة وقياس الفروق الفردية في الشعور بالانضغاط والقلق، ومقاومة التفاعل مع الآخرين والوجود في مواقف جديدة، في السنتين الأوليين من عمر الطفل. وقد أيدت نتائج دراسات عديدة افتراض أن الكف السلوكي هو مزاج، له أساسه البيولوجي والعصبي الخاص. وكذلك فهناك أدلة على الاستمرارية بين هذا المزاج والخجل في سنوات الطفولة المتأخرة، بل وأشارت بعض الدراسات الطولية التتبعية إلى أن آثار هذا الكف السلوكي، تمتد حتى سنوات الرشد، وتؤثر في علاقات الفرد الاجتماعية ونمط العمل والوظيفة التي يعمل بها (الفصل الثالث).

ومع ذلك، فلايزال هناك عدد من القضايا غير المحسومة. فعلى الرغم من أن «بين» ربما كان رضيعا مرتفعا في الكف السلوكي، فمن الممكن أن نجد كثيرا من الأطفال الخجولين، والراشدين الخجولين، لم يكونوا مرتفعين في الكف السلوكي في سنوات عمرهم الأولى. فهناك تغييرات مهمة تحدث لدى الفرد منذ نهاية سنته الثانية وصاعدا، تؤثر بشدة في كل من وعيه بذاته، وتقييمه لذاته، ومن ثم في خجله. وكذلك فإن الأدوار الاجتماعية للفرد، وخصوصا وثيقة الصلة بشعوره بذاته، ومعتقداته حول الأداءات الاجتماعية غير الملائمة، تؤدي دورا مهما في خجله. ويؤثر أيضا نمط علاقة الطفل بوالديه بشدة على خجل الطفل، حيث تبين أن نمط التعلق غير الآمن يشكل توقعات الطفل حيال أدائه الاجتماعي في المواقف الاجتماعية. أضف إلى ذلك أن غياب نموذج الراشد الذي يمارس أمام الطفل سلوكا اجتماعيا ملائما وفعالا، يؤثر سلبيا في ثقة الطفل

بنفسه. وأخيرا، فإن المزاج يمكن أن يتفاعل مع كل تلك المتغيرات بأشكال معقدة من التفاعل، وهو ما يجعلنا في حاجة إلى مزيد من البحث في أصول الخجل ومساره الارتقائي.

وعلى الرغم من أن التوجه البحثي في الخجل، ينطلق من افتراض أن الخجل هو شكل مستقل ومتمايز من القلق، فإن نظريات انفعالات «الشعور بالذات»، اعتبرته وثيق الصلة بكل من الارتباك والخزي. وافترضت أن تلك الانفعالات هي جوانب للقلق الاجتماعي، ولكنها تبدو متمايزة ومختلفة عنه، في كل من المظاهر الخارجية الانفعالية لها، والتأثير الكبير لنشاط الجهاز العصبي الباراسمبثاوي فيها. ورأيي الخاص هو أن التصور النظري الواضح، والتعريف الدقيق الصارم لمفهوم الشعور بالذات، هو الذي سيوضح العديد من هذه القضايا.

ماذا يمكن أن نقدمه لمساعدة هؤلاء الذين يأملون في التغلب على خجلهم؟ عرضنا في الفصل السادس لبعض المناحي الإكلينيكية التي تم التوصل إليها لمساعدة الأفراد الذين يعانون مشكلات القلق الاجتماعي. وركزنا على هذا المنحى لأنه مثار اهتمام الكثير من الدراسات، بالإضافة إلى أهمية هذا العلاج الإكلينيكي لأن كثيرا من الناس يعانون مشكلات قلق اجتماعي شديدة. غير أن ذلك يجب ألا يجعلنا نغفل حقيقة أن الكثير من الخجولين يجدون - ومن دون أن يتعرضوا لأي علاج - طرقهم الخاصة التي تمكنهم من التفاعل مع الآخرين بشكل يحقق لهم بعض الرضا والفائدة. ويرجع ذلك - جزئيا - إلى ما يحدث لهم من تغيير في مفهوم الذات، وما يحققونه من زيادة في الثقة بالذات. وكذلك فإن التغييرات الجوهرية في حياة الفرد، يمكن أن تجعله أقل خجلا، ليس فقط لأنها تؤثر في مفهومه لذاته، ولكن لأنها تيسر له القيام بأدوار اجتماعية متبلورة وواضحة. فالمرأة التي كانت تشعر بالقلق عندما تتقابل مع آخرين، ربما

تجد أن دورها الاجتماعي الجديد كأم، أو كامرأة عاملة، يمدها بوسائل جديدة لمقابلة الآخرين، وبخبرات مشابهة لما لديهم، تشكل أساسا للتحاور والصداقة وإنعاش أهدافها الشخصية. وعندما ينجح «بين» في الاندماج في علاقة اجتماعية بناءة ومشبعة وقوية، فإن الكثير من خجله سوف يتلاشى.

إن العلاقات الاجتماعية تنمو وتقوى لدى الأفراد الذين يشتركون في الاهتمامات والقيم، ويجد كل منهم في علاقته بالآخر دعما وتشجيعا. وربما يحتاج بعض الناس إلى كثير من الوقت لمقابلة هذا الآخر الذي يقيمون معه تلك العلاقة الاجتماعية المشبعة. إن ما يواجهه الأفراد من صعوبات في علاقاتهم الاجتماعية، يمكن أن ينتهي ويزول سريعا، غير أن هذا ليس هو الحادث في هذا الزمن الذي نعيشه، حيث لا يتعاطف المجتمع ولا يرحب إلا بالفرد القوي اجتماعيا؛ ذلك الذي يتمتع بالنجاح الاجتماعي والشعبية بين أقرانه، وهو لن يكون كذلك إلا إذا كان يمتلك خصائص وسمات شخصية معينة، أهمها القوة ورباطة الجأش في المواقف الاجتماعية، والقدرة على التوافق مع الجماعات المختلفة، والجاذبية الاجتماعية. وكما هو واضح، فإن وجهة النظر هذه في تفسيرها للعلاقات الاجتماعية، تركز كثيرا على الفردية Individualism وما يتسم به الفرد من خصائص ذاتية، ولا تعطي الاهتمام الواجب لمفاهيم الدور والمكانة والوضع الاجتماعي للفرد، على الرغم من أن هذه المفاهيم تشير إلى عناصر مهمة في التنظيم الاجتماعي، تشكل دائما أساس الإشباع والرضا المتبادل في علاقات الناس بعضهم ببعض. ومع ذلك، فهناك دائما ثمن يدفعه الفرد إذا انحرف عن المعايير الاجتماعية والقواعد والقوانين، مثل تعرضه للإهانة والتوبيخ والتجاهل والعزل. وهذه الخبرات والانفعالات، يمكن أن يمر بها الفرد ويعايشها على المستوى الفردي في شكل ارتباك وخزي

وإذلال. إن الخوف الذي يعبر عنه الخجولون، أولئك الذين لا يعرفون كيف يسهمون بفاعلية في المواقف الاجتماعية، وبالتالي يعجزون عن تحقيق هذه المعايير الاجتماعية، يرتبط بالتأكيد بهذه الانفعالات السلبية.

لقد ظل الخجل سنوات طوالا موضوعا مهملا في علم النفس، ولكنه أصبح موضع الاهتمام الكبير في السنوات الأخيرة من قبل الكثير من الباحثين. وقد هدف هذا الكتاب إلى تقديم عرض لما تم من دراسات في هذا الموضوع والوقوف على دلالاتها ومعانيها. ولا شك أن تقدما كبيرا حدث في دراسته، ومع ذلك لايزال الكثير من القضايا غير محسومة وتنتظر البحث والحل في دراسات لاحقة، فيما يتعلق بفهم الخجل، ومساعدة الأفراد الذين يعانونه، ويسعون إلى التغيير والتغلب عليه.

ببليوغرافيا

withe

ببليوغرافيا

Abe, J. A. and Izard, C. E. (1999) 'The developmental functions of emotions: An analysis in terms of Differential Emotions Theory', *Cognition and Emotion* **13**, 523–49.

Achenbach, T. M., McConaughy, S. H. and Howell, C. T. (1987) 'Child/adolescent behavioral/emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity', *Psychological Bulletin* **101**, 213–32.

Aikawa, A. (1991) 'A study on the reliability and validity of a scale to measure shyness as a trait', *Japanese Journal of Psychology* **62**, 149–55.

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. and Wall, S. (1978) *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation* (Hillsdale, NJ: Erlbaum).

Alluglander, C. (1998) 'Efficacy of paroxetine in social phobia: A single-center double-blind study of 96 symptomatic volunteers randomized to treatment with paroxetine 20–50mg or placebo for 3 months', *European Neuropsychopharmacology* **8** (2), S255.

American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edn* (Washington, DC: American Psychiatric Association).

Amsterdam, B. K. and Levitt, M. (1980) 'Consciousness of self and painful self-consciousness', *Psychoanalytic Study of the Child*, **35**, 67–83.

Arcus, D. and Kagan, J. (1995) 'Temperament and craniofacial variation in the first two years', *Child Development* **66**, 1529–40.

Arkin, R. M. (1981) 'Self-presentational styles', in J. T. Tedeschi (ed.), *Impression Management Theory and Social Psychological Research* (New York: Academic Press), 311–33.

Asendorpf, J. B. (1987) *A Longitudinal Study on the Development of Social Competence No. 3: Results of Wave One* (Munich: Max Planck Institute for Psychological Research).

Asendorpf, J. B. (1989) 'Shyness as a final common pathway for two different kinds of inhibition', *Journal of Personality and Social Psychology* **57**, 481–92.

Asendorpf, J. B. (1990a) 'The expression of shyness and embarrassment', in W. R. Crozier (ed.), *Shyness and Embarrassment: Perspectives from Social Psychology* (New York: Cambridge University Press), 87–118.

Asendorpf, J. B. (1990b) 'The development of inhibition during childhood: Evidence for situational specificity and a two-factor model', *Developmental Psychology* **26**, 721–30.

Asendorpf, J. B. (1991) 'Development of inhibited children's coping with unfamiliarity', *Child Development* **62**, 1460–74.

Asendorpf, J. B. (1993) 'Abnormal shyness in children', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **34**, 1069–81.

Asendorpf, J. B. and Meier, G. (1993) 'Personality effects on children's speech in everyday life: Sociability-mediated exposure and shyness-mediated reactivity to social situations', *Journal of Personality and Social Psychology* **64**, 1072–83.

Asendorpf, J. B. and Wilpers, S. (1998) 'Personality effects on social relationships', *Journal of Personality and Social Psychology* **74**, 1531–44.

Babcock, M. K. (1988) 'Embarrassment: A window on the self', *Journal for the Theory of Social Behaviour* **18**, 459–83.

Bandura, A. (1986) *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory* (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall).

Baumgarten, H. G. and Grozdanovic, Z. (1998) 'Role of serotonin in obsessive-compulsive disorder', *British Journal of Psychiatry* **173** (Supplement 35), 13–20.

Beck, A. T. (1989) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (London: Penguin).

Beidel, D. C. and Turner, S. M. (1998) *Shy Children, Phobic Adults: Nature and Treatment of Social Phobia* (Washington, DC: American Psychological Association).

Bell, I. R., Amend, D., Kaszniak, A., Schwartz, G. E., Peterson, J. M., Stini, W. A., Miller, J. W. and Selhub, J. (1995) 'Trait shyness in the elderly: Evidence for an association between Parkinson's Disease in family members and biochemical correlates', *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology* **8**, 16–22.

Bell, I. R., Jasnoski, M. L., Kagan, J. and King, D. S. (1990) 'Is allergic rhinitis more frequent in young adults with extreme shyness? A preliminary survey', *Psychosomatic Medicine* **52**, 517–25.

Bell, I. R., Schwartz, G. E., Bootzin, R. R., Hau, V. and Davis, T. P. (1997) 'Elevation of plasma beta-endorphin levels of shy elderly in response to novel laboratory experiences', *Behavioral Medicine* **22**, 168–73.

Bennett, A. (1912) *Buried Alive* (London: Methuen).

Bertenthal, B. I. and Fischer, K. W. (1978) 'Development of self-recognition in the infant', *Developmental Psychology* **14**, 44–50.

Bieling, P. J. and Alden, L. E. (1997) 'The consequences of perfectionism for patients with social phobia', *British Journal of Clinical Psychology* **36**, 387–95.

Birmbaumer, N., Grodd, W., Diedrich, O., Klose, U., Erb, M., Lotze, M., Schneider, F., Weiss, U. and Flor, H. (1998) 'fMRI reveals amygdala activation to human faces in social phobics', *Neuroreport* **9**, 1223–6.

Black, B. and Uhde, T. W. (1992) 'Elective mutism as a variant of social pho bia', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatr* **31**, 1090–4.

Black, B. and Uhde, T. W. (1994) 'Fluoxetine treatment of elective mutism: A double-blind, placebo-controlled study', *Journal of the America Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **33**, 1000–6.

Blankstein, K. R., Toner, B. B. and Flett, G. L. (1989) 'Test anxiety and th contents of consciousness: Thought-listing and endorsement meas ures', *Journal of Research in Personality* **23**, 269–86.

Boer, F. and Westenberg, P. M. (1994) 'Factor structure of the Buss and Plomin EAS Temperament Survey (Parental ratings) in a Dutch sampl of elementary school children', *Journal of Personality Assessment* **62** 537–51.

Bögels, S. M., Alberts, M. and de Jong, P. J. (1996) 'Self-consciousness, self focused attention, blushing propensity and fear of blushing' *Personality and Individual Differences* **21**, 573–81.

Bögels, S. M., Mulkens, S. and DeJong, P. J. (1997) 'Task concentration train ing and fear of blushing', *Clinical Psychology and Psychotherapy* **4**, 251–8

Boomsma, D. I. and Plomin, R. (1986) 'Heart rate and behavior of twins' *Merrill-Palmer Quarterly* **32**, 141–51.

Bowlby, J. (1988) *A Secure Base* (London: Routledge).

Bradbury, M. (1978) *Eating People is Wrong* (London: Arrow Books).

Breck, B. E. and Smith, S. H. (1983) 'Selective recall of self-descriptive trait by socially anxious and nonanxious females', *Social Behavior and Personality* **11**, 71–6.

Briggs, S. R. (1988) 'Shyness: Introversion or neuroticism?', *Journal of Research in Personality* **22**, 290–307.

Briggs, S. R. and Smith, T. G. (1986) 'The measurement of shyness', in W. H Jones, J. M. Cheek and S. R. Briggs (eds), *Shyness: Perspectives on Research and Treatment* (New York: Plenum Press), 47–60.

Brooks-Gunn, J. and Lewis, M. (1984) 'The development of visual self recognition', *Developmental Review* **4**, 2151–239.

Bruce, C. S. (1997) 'Craig's Shyness Resource Page. Notes on niceness', WWW document. http://www.cyberus.ca/~csbruce/shyness/nice.html Accessed 18 November 1999.

Bruch, M. A., Giordano, S. and Pearl, L. (1986) 'Differences between fearfu and self-conscious shy subtypes in background and current adjust ment', *Journal of Research in Personality* **20**, 172–86.

Bruch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M. and Berger, P. A. (1989) 'Shyness and sociability reexamined: A multicomponent analysis', *Journal of Personality and Social Psychology* **57**, 904–15.

Bruch, M. A., Hamer, R. J. and Heimberg, R. A. (1995) 'Shyness and public self-consciousness: Additive or interactive relation with social interac tion?', *Journal of Personality* **63**, 47–63.

Buss, A. H. (1980) *Self-consciousness and Social Anxiety* (San Francisco Freeman).

Buss, A. H. (1986) 'A theory of shyness', in W. H. Jones, J. M. Cheek and S R. Briggs (eds), *Shyness: Perspectives on Research and Treatment* (New York: Plenum Press), 39–46.

Buss, A. H. and Plomin, R. (1984) *Temperament: Early Developing Personality Traits* (Hillsdale, NJ: Erlbaum).

Butterworth, G. and Jarrett, N. (1991) 'What minds have in common is space: Spatial mechanisms serving joint attention in infancy. Structure of the mind in human infancy', *British Journal of Developmental Psychology* **9**, 55–72.

Cacioppo, J. T., Glass, C. R. and Merluzzi, T. V. (1979) 'Self-statements and social evaluation: A cognitive response analysis of heterosocial anxiety', *Cognitive Therapy and Research* **3**, 259–62.

Calkins, S. D. and Fox, N. A. (1992) 'The relations among infant temperament, security of attachment, and behavioral inhibition at twenty-four months', *Child Development* **63**, 1456–72.

Calkins, S. D., Fox, N. A. and Marshall, T. R. (1996) 'Behavioral and physiological antecedents of inhibited and uninhibited behavior', *Child Development* **67**, 523–40.

Carducci, B. J. and Clark, D. L. (1999) 'The personal and situational pervasiveness of shyness: A replication and extension of the Stanford Survey on shyness 20 years later', unpublished paper, Indiana University Southeast Shyness Institute.

Carducci, B. J. and Webber, A. W. (1979) 'Shyness as a determinant of interpersonal distance', *Psychological Reports* **44**, 1075–8.

Carducci, B. J. and Zimbardo, P. G. (1995) 'Are you shy?', *Psychology Today* **28** (6), 34–41, 65–70, 78–9.

Carver, C. S. and Scheier, M. F. (1987) 'The blind men and the elephant: Selective examination of the public-private literature gives rise to a faulty perception', *Journal of Personality* **55**, 525–40.

Caspi, A. (1998) 'Personality development across the life course', in N. Eisenberg (ed.), *Handbook of Child Development*, 5th edn, vol. 3 (New York: Wiley), 311–88.

Caspi, A., Elder, G. H., Jr. and Bem, D. J. (1988) 'Moving away from the world: Life-course patterns of shy children', *Developmental Psychology* **24**, 824–31.

Castelfranchi, C. and Poggi, I. (1990) 'Blushing as a discourse: Was Darwin wrong?', in W. R. Crozier (ed.), *Shyness and Embarrassment: Perspectives from Social Psychology* (New York: Cambridge University Press), 230–51.

Cattell, R. B. (1973) *Personality and Mood by Questionnaire* (San Francisco: Jossey-Bass).

Cattell, R. B., Eber, H. W. and Tatsuoka, M. M. (1970) *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF)* (Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing).

Cheek, J. M. and Briggs, S. R. (1990) 'Shyness as a personality trait', in W. R. Crozier (ed.), *Shyness and Embarrassment: Perspectives from Social Psychology* (New York: Cambridge University Press), 315–37.

Cheek, J. M. and Buss, A. H. (1981) 'Shyness and sociability', *Journal of Personality and Social Psychology* **41**, 330–9.

Cheek, J. M. and Krasnoperova, E. N. (1999) 'Varieties of shyness in adolescence and adulthood', in L. A. Schmidt and J. Schulkin (eds), *Extreme*

Fear, Shyness, and Social Phobia: Origins, Biological Mechanisms, and Clinical Outcomes (New York: Oxford University Press), 224–50.

Cheek, J. M. and Melchior, L. A. (1990) 'Shyness, self-esteem, and self-consciousness', in H. Leitenberg (ed.), *Handbook of Social and Evaluation Anxiety* (New York: Plenum), 47–82.

Cheek, J. M., Melchior, L. A. and Carpentieri, A. M. (1986) 'Shyness and self-concept', in L.M. Hartman and K. R. Blankstein (eds), *Perception of Self in Emotional Disorder and Psychotherapy* (New York: Plenum Press), 113–31.

Cheek, J. M. and Watson, A. K. (1989) 'The definition of shyness: Psychological imperialism or construct validity?', *Journal of Social Behavior and Personality* **4**, 85–95.

Chess, S. and Thomas, A. (1986) *Temperament in Clinical Practice* (New York: Guilford).

Chung, J. and Evans, M. A. (1994) 'Health complaints in young children: Exploring the association between shyness and illness', paper presented at the Annual Meeting of the Canadian Psychological Association, Penticton, BC.

Clark, D. M. (1999) 'Anxiety disorders: Why they persist and how to treat them', *Behaviour Research and Therapy* **37**, S5-S27.

Clark, D. M. and Wells, A. (1995) 'A cognitive model of social phobia', in R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope and F. R. Schneier (eds), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment* (New York: Guilford Press), 69–93.

Constant, B. (1816/1964) *Adolphe*, transl. by L. W. Tancock (London: Penguin).

Coplan, R. J., Coleman, B. J. and Rubin, K. H. (1998) 'Shyness and Little Boy Blue: Iris pigmentation, gender, and social wariness in preschoolers', *Developmental Psychobiology* **32**, 37–44.

Costa, P. and McCrae, R. R. (1995) 'Solid ground in the wetlands of personality: A reply to Block', *Psychological Bulletin* **117**, 216–20.

Cottle, M. (1999) 'Selling shyness', *The New Republic* **221**, (5), 24–9.

Crozier, W. R. (1979) 'Shyness as a dimension of personality', *British Journal of Clinical Psychology* **18**, 121–8.

Crozier, W. R. (1981) 'Shyness and self-esteem', *British Journal of Social Psychology* **20**, 220–2.

Crozier, W. R. (1990) 'Social psychological perspectives on shyness, embarrassment, and shame', in W.R. Crozier (ed.), *Shyness and Embarrassment: Perspectives from Social Psychology* (New York: Cambridge University Press), 19–58.

Crozier, W. R. (1995) 'Shyness and self-esteem in middle childhood', *British Journal of Educational Psychology* **65**, 85–95.

Crozier, W. R. (1999) 'Individual differences in childhood shyness: Distinguishing fearful and self-conscious shyness', in L. A. Schmidt and J. Schulkin (eds), *Extreme Fear, Shyness, and Social Phobia* (New York: Oxford University Press), 14–29.

Crozier, W. R. and Burnham, M. (1990) 'Age-related differences in children's understanding of shyness', *British Journal of Developmental Psychology* **8**, 179–85.

Crozier, W. R. and Garbert-Jones, A. (1996) 'Finding a voice: Shyness in mature students' experience of university', *Adults Learning* **7**, 195–8.

Crozier, W. R., Rees, V., Morris-Beattie, A. and Bellin, W. (1999) 'Streaming, self-esteem and friendships within a comprehensive school', *Educational Psychology in Practice* **15**, 128–34.

Crozier, W. R. and Russell, D. (1992) 'Blushing, embarrassability and self-consciousness', *British Journal of Developmental Psychology* **8**, 179–85.

Cupach, W. R. and Metts, S. (1990) 'Remedial processes in embarrassing predicaments', in J. Anderson (ed.), *Communication Yearbook* (Newbury Park, CA: Sage), 323–52.

Cutlip II, W. D. and Leary, M. R. (1993) 'Anatomic and physiological bases of social blushing: Speculations from neurology and psychology', *Behavioural Neurology* **6**, 181–5.

Darwin, C. (1872/1965) *The Expression of the Emotions in Man and Animals* (London: John Murray, 1965 edition, Chicago, IL.: University of Chicago Press).

Davidson, J. R. T., Potts, N. S., Richichi, E., Krishnan, R., Ford, S. M., Smith, R. D. and Wilson, W. H. (1993) 'Treatment of social phobia with clonazepam and placebo', *Journal of Clinical Psychopharmacology* **13**, 423–8.

Davidson, R. J. and Irwin, W. (1999) 'The functional anatomy of emotion and affective style', *Trends in Cognitive Sciences* **3**, 11–21.

Davidson, R. J, Saron, C. D., Senulis, J. A., Ekman, P. and Friesen, W. V. (1990) 'Approach–withdrawal and cerebral asymmetry: Emotional expression and brain physiology 1', *Journal of Personality and Social Psychology* **58**, 330–41.

DeWit, D. J., Ogborne, A., Offord, D. R. and Macdonald, K. (1999) 'Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia', *Psychological Medicine* **29**, 569–82.

Dow, S. P., Sonies, B. C., Scheib, D., Moss, S. E. and Leonard, H. L. (1995) 'Practical guidelines for the assessment and treatment of selective mutism', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **34**, 836–46.

Drummond, P. D. (1989) 'Mechanism of emotional blushing', in N. W. Bond and D. A. T. Siddle (eds), *Psychobiology: Issues and Applications* (Amsterdam: North-Holland), 363–70.

Drummond, P. D. (1997) 'The effect of adrenergic blockade on blushing and facial flushing', *Psychophysiology* **34**, 163–8.

Duggan, E. S. and Brennan, K. A. (1994) 'Social avoidance and its relation to Bartholomew's adult attachment typology', *Journal of Social and Personal Relationships* **11**, 147–53.

Edelmann, R. J. (1985) 'Individual differences in embarrassment: Self-consciousness, self-monitoring and embarrassibility', *Personality and Individual Differences* **6**, 223–30.

Edelmann, R. J. (1987) *The Psychology of Embarrassment* (Chichester, Sussex: Wiley).

Edelmann, R. J. (1990a) 'Embarrassment and blushing: A component-process model, some initial descriptive and cross-cultural data', in W. R. Crozier (ed.), *Shyness and Embarrassment: Perspectives from Social Psychology* (New York: Cambridge University Press), 205–29.

Edelmann, R. J. (1990b) 'Chronic blushing, self-consciousness and social anxiety', *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* **12**, 119–27.
Edelmann, R. J. (1990c) *Coping With Blushing* (London: Sheldon Press).
Edelmann, R. J. (1991) 'Correlates of chronic blushing', *British Journal of Clinical Psychology* **30**, 177–8.
Edelmann, R. J. (1995) 'Individual differences in embarrassment: Self-consciousness, self-monitoring and embarrassability', *Personality and Individual Differences* **6**, 223–30.
Edelmann, R. J. and Hampson, S. E. (1979) 'Changes in non-verbal behaviour during embarrassment', *British Journal of Social and Clinical Psychology* **18**, 385–90.
Eisenberg, N., Fabes, R. A. and Murphy, B. C. (1995) 'Relations of shyness and low sociability to regulation and emotionality', *Journal of Personality and Social Psychology* **68**, 505–17.
Eisenberg, N., Shepard, S. A., Fabes, R. A., Murphy, B. C. and Guthrie, I. K. (1998) 'Shyness and children's emotionality, regulation, and coping: Contemporaneous, longitudinal, and across-context relations', *Child Development* **69**, 767–90.
Ekman, P. and Friesen, W. V. (1978) *Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement* (Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press).
Emde, R. N., Plomin, R., Robinson, J., Corley, R., De Fries, J., Fulker, D. W., Reznick, J. S., Campos, J., Kagan, J. and Zahn-Waxler, C. (1992) 'Temperament, emotion and cognition at fourteen months: The MacArthur Longitudinal Twin Study', *Child Development* **63**, 1437–55.
Erikson, E. (1968) *Identity, Youth and Crisis* (New York: Norton).
Evans, M. A. (1987) 'Discourse characteristics of reticent children', *Applied Psycholinguistics* **8**, 171–84.
Evans, M. A. (1993) 'Communication competence as a dimension of shyness', in K. H. Rubin and J. B. Asendorpf (eds), *Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood* (Hillsdale, NJ: Erlbaum) 189–212.
Evans, M. A. and Bienert, H. (1992) 'Control and paradox in teacher conversations with shy children', *Canadian Journal of Behavioural Sciences* **24**, 502–16.
Eysenck, H. J. (1956) 'The questionnaire measurement of neuroticism and extraversion', *Revista de Psicologia* **50**, 113–40.
Eysenck, H. J. (1970) *Structure of Human Personality* (London: Methuen).
Eysenck, H. J. (1982) 'Neobehavioristic (S-R) theory', in G. T. Wilson and C. M. Franks (eds), *Contemporary Behavior Therapy* (New York: Guilford Press) 205–76.
Eysenck, H. J. (1995) *Genius: The Natural History of Creativity* (Cambridge: Cambridge University Press).
Eysenck, M. W. (1992) *Anxiety: The Cognitive Perspective* (Hove, Sussex: Erlbaum).
Falloon, I. R., Lloyd, G. G. and Harpin, R. (1981) 'The treatment of social phobia: Real-life rehearsal with non-professional therapists', *Journal of Nervous and Mental Disease* **169**, 180–4.
Feist, G. J. (1998) 'A meta-analysis of personality in scientific and artistic creativity', *Personality and Social Psychology Review* **2**, 290–309.

Fenigstein, A., Scheier, M. F. and Buss, A. H. (1975) 'Public and private self-consciousness: Assessment and theory', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **43**, 522–7.

Fergusson, D. M. and Horwood, L. J. (1987) 'The trait and method components of ratings of conduct disorder – Part I. Maternal and teacher evaluations of conduct disorder in young children', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **28**, 249–60.

Fox, N. A., Coplan, R. J., Rubin, K. H. Porges, S. W., Calkins, S. D., Long, J. M., Marshall, T. R. and Stewart, S. (1995) 'Frontal activation asymmetry and social competence at four years of age', *Child Development* **66**, 1770–84.

Fox, N. A. and Davidson, R. J. (1987) 'Electroencephalogram asymmetry in response to the approach of a stranger and maternal separation in 10-month-old infants', *Developmental Psychology* **23**, 233–40.

Froming, W. J., Corley, E. B. and Rinker, L. (1990) 'The influence of public self-consciousness and the audience's characteristics on withdrawal from embarrassing situations', *Journal of Personality* **58**, 603–22.

Garcia-Coll, C., Kagan, J. and Reznick, J. S. (1984) 'Behavioral inhibition in young children', *Child Development* **55**, 1005–19.

Gaskell, E. (1967) *Ruth* (London: Dent). First published 1853.

Gelernter, C. S., Uhde, T. W., Cimbolic, P., Arnkoff, D. B., Vittone, B. J., Tancer, M. E. and Bartko, J. J. (1991) 'Cognitive-behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study', *Archives of General Psychiatry* **48**, 938–45.

Gilbert, P. and Trower, P. (1990) 'The evolution and manifestation of social anxiety', in W. R. Crozier (ed.), *Shyness and Embarrassment: Perspectives from Social Psychology* (New York: Cambridge University Press), 144–77.

Glass, C. R., Merluzzi, T. V., Biever, J. L. and Larsen, K. H. (1982) 'Cognitive assessment of social anxiety: Development and validation of a self-statement questionnaire', *Cognitive Therapy and Research* **6**, 37–55.

Goffman, E. (1956) 'Embarrassment and social organization', *American Journal of Sociology* **62**, 264–74.

Goldsmith, H. H., Buss, K. A. and Lemery, K. S. (1997) 'Toddler and childhood temperament: Expanded content, stronger genetic evidence, new evidence for the importance of environment', *Developmental Psychology* **33**, 891–905.

Goldsmith, H. H., Lemery, K. S., Buss, K. A. and Campos, J. J. (1999) 'Genetic analyses of focal aspects of infant temperament', *Developmental Psychology* **35**, 972–85.

Gorenstein, C., Bernik, M. A., Pompeia, S. and Marcourakis, T. (1995) 'Impairment of performance associated with long-term use of benzodiazepines', *Journal of Psychopharmacology* **9**, 313–8.

Gortmaker, S. L., Kagan, J., Caspi, A. and Silva, P. A. (1997) 'Daylength during pregnancy and shyness in children: Results from northern and southern hemispheres', *Developmental Psychobiology* **31**, 107–14.

Gray, J. A. (1987) *The Psychology of Fear and Stress* 2nd edn (Cambridge: Cambridge University Press).

Gross, E. and Stone, G. P. (1964) 'Embarrassment and the analysis of role requirements', *American Journal of Sociology* **70**, 1–15.

Hackmann, A. and Clark, D. M. (1998) 'Images and memories in social phobia', paper presented at European Association of Behavioural and Cognitive Therapies, Cork, Ireland, September 9–12.

Harris, P. R. (1984) 'Shyness and Psychological Imperialism; on the dangers of ignoring the ordinary language roots of the terms we deal with', *European Journal of Social Psychology* **14**, 169–81.

Harris, P. R. (1990) 'Shyness and embarrassment in psychological theory and ordinary language', in W.R. Crozier (ed.), *Shyness and Embarrassment: Perspectives from Social Psychology* (New York: Cambridge University Press), 59–86.

Harter, S. (1990) 'Causes, correlates and the functional role of global self-worth: A life-span perspective', in J. Kolligian and R. J. Sternberg (eds), *Perceptions of Competence and Incompetence across the Life-span* (New Haven, CT: Yale University Press), 67–98.

Hass, R. G. (1984) 'Perspective-taking and self-awareness: Drawing an E on your forehead', *Journal of Personality and Social Psychology* **46**, 788–98.

Hazen, A. L. and Stein, M. B. (1995) 'Clinical phenomenology and comorbidity', in M. B. Stein (ed.), *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives* (Washington, DC: American Psychiatric Press), 3–41.

Heider, F. (1958) *The Psychology of Interpersonal Relations* (Hillsdale, NJ: Erlbaum).

Heimberg, R. G., Juster, H. R., Hope, D. A. and Mattia, J. (1995) 'Cognitive-behavioral group treatment: Description, case presentation, and empirical support', in M. B. Stein (ed.), *Social Phobia: Clinical and Research Perspectives* (Washington, DC: American Psychiatric Press), 293–321.

Henderson, L. and Zimbardo, P. G. (1999) 'Commentary: Developmental outcomes and clinical perspectives', in L. A. Schmidt and J. Schulkin (eds), *Extreme Fear, Shyness, and Social Phobia* (New York: Oxford University Press), 294–305.

Higgins, E. T. (1987) 'Self-discrepancy: A theory relating self and affect', *Psychological Review* **94**, 319–40.

Hill, G. J. (1989) 'An unwillingness to act: Behavioral appropriateness, situational constraint, and self-efficacy in shyness', *Journal of Personality* **57**, 871–89.

Hirschfeld, D. R., Rosenbaum, J. F., Biederman, J., Bolduc, A. A., Faraone, S. V., Snidman, N., Reznick, J. S. and Kagan, J. (1992) 'Stable behavioral inhibition and its association with anxiety disorder', *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* **31**, 103–11.

Holmes, T. H., Treuting, T. and Wolff, H. G. (1951) 'Life situations, emotions, and nasal disease', *Psychosomatic Medicine* **13**, 71–82.

Hope, D. A. and Heimberg, R. G. (1988) 'Public and private self-consciousness and social phobia', *Journal of Personality Assessment* **52**, 629–39.

Hymel, S., Woody, E. and Bowker, A. (1993) 'Social withdrawal in childhood: Considering the child's perspective', in K. H. Rubin and J. B. Asendorpf (eds), *Social Withdrawal, Inhibition and Shyness in Childhood* (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 237–62.

Jackson, T., Towson, S. and Narduzzi, K. (1997) 'Predictors of shyness: A test of variables associated with self-presentational models', *Social Behavior and Personality* **25**, 149–54.

Jennings, J. R. and McKnight, J. D. (1994) 'Inferring vagal tone from heart rate variability', *Psychosomatic Medicine* **56**, 194–6.
Jones, W. H. and Russell, D. (1982) 'The Social Reticence Scale: An objective instrument to measure shyness', *Journal of Personality Assessment* **46**, 629–31.
Kagan, J. (1981) *The Second Year* (Cambridge, MA: Harvard University Press).
Kagan, J. (1994) *Galen's Prophecy: Temperament in Human Nature* (London: Free Association Books).
Kagan, J. (1998) 'Biology and the child', in N. Eisenberg (ed.), *Handbook of Child Psychology. Volume 3. Social, Emotional and Personality Development* (New York: Wiley), 177–235.
Kagan, J., Reznick, J. S., Clark, C. and Snidman, N. (1984) 'Behavioral inhibition to the unfamiliar', *Child Development* **55**, 2212–25.
Kagan, J., Reznick, J. S. and Snidman, N. (1987) 'The physiology and psychology of behavioral inhibition in children', *Child Development* **58**, 1459–73.
Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N., Gibbons, J. and Johnson, M. O. (1988) 'Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar', *Child Development* **59**, 1580–9.
Kagan, J., Snidman, N. and Arcus, D. (1993) 'On the temperamental categories of inhibited and uninhibited children', in K. H. Rubin and J. B. Asendorpf (eds), *Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood* (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 19–28.
Kagan, J., Snidman, N., Julia-Sellers, M. and Johnson, M. O. (1991) 'Temperament and allergic symptoms', *Psychosomatic Medicine* **53**, 332–40.
Karafa, J. A. and Cozzarelli, C. (1997) 'Shyness and reduced sexual arousal in males: The transference of cognitive interference', *Basic and Applied Social Psychology* **19**, 329–44.
Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., Greist, J. H., *et al.* (1995) 'Sertraline for social phobia: A double-blind, placebo-controlled crossover study', *American Journal of Psychiatry* **152**, 1368–71.
Keltner, D. (1995) 'The signs of appeasement: Evidence for the distinct displays of embarrassment, amusement, and shame', *Journal of Personality and Social Psychology* **68**, 441–54.
Keltner, D. and Buswell, B. N. (1997) 'Embarrassment: Its distinct form and appeasement functions', *Psychological Bulletin* **122**, 250–70.
Keltner, D. and L. A. Harker (1998) 'The forms and functions of the nonverbal signal of shame', in P. Gilbert and B. Andrews (eds), *Shame* (New York: Oxford University Press), 78–98.
Kemple, K. M. (1995) 'Shyness and self-esteem in early childhood', *Journal of Humanistic Education and Development* **33**, 173–82.
Kerr, M., Lambert, W. W. and Bem, D. J. (1996) 'Life course sequelae of childhood shyness in Sweden: Comparison with the United States', *Developmental Psychology* **32**, 1100–5.
Kerr, M., Lambert, W. W., Stattin, H. and Klackenberg-Larsson, I. (1994) 'Stability of inhibition in a Swedish longitudinal sample', *Child Development* **65**, 138–46.

Kerr, M., Tremblay, R. E., Pagani, L. and Vitaro, F. (1997) 'Boys' behavioral inhibition and the risk of later delinquency', *Archives of General Psychiatry* **54**, 809–16.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. and Kendler, K. S. (1994) 'Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States', *Archives of General Psychiatry* **51**, 8–19.

Kessler, R. C., Stang, P., Wittchen, H.-U. and Walters, E. E. (1999) 'Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey', *Psychological Medicine* **29**, 555–67.

Kowalski, R. M. and Leary, M. (1990) 'Strategic self-presentation and the avoidance of aversive events: Antecedents and consequences of self-enhancement and self-depreciation', *Journal of Experimental Social Psychology* **26**, 322–36.

Kretchmer, E. (1925) *Physique and Character*, 2nd edn, transl. W. J. H. Sprott (New York: Harcourt Brace).

Leary, M. R. (1983) *Understanding Social Anxiety* (Beverly Hills, CA: Sage).

Leary, M. R. and Downs, D. L. (1995) 'Interpersonal functions of the self-esteem motive: The self-system as a sociometer', in M. Kernis (ed.), *Efficacy, Agency, and Self-esteem* (New York: Plenum), 123–44.

Leary, M. R. and Kowalski, R. M. (1995) *Social Anxiety* (New York: Guilford Press).

Leary, M. R. and Meadows, S. (1991) 'Predictors, elicitors, and concomitants of social blushing', *Journal of Personality and Social Psychology* **60**, 254–62.

LeDoux, J. E. (1998) *The Emotional Brain* (London: Weidenfeld and Nicolson).

Lewinsky, H. (1941) 'The nature of shyness', *British Journal of Psychology* **32**, 105–13.

Lewis, M. (1995) 'Embarrassment: The emotion of self-exposure and evaluation', in J. P. Tangney and K. W. Fischer (eds), *Self-conscious Emotions* (New York: Guilford), 198–218.

Lewis, M., Alessandri, S. M. and Sullivan, M. W. (1992) 'Differences in shame and pride as a function of children's gender and task difficulty', *Child Development* **63**, 630–8.

Lewis, M. and Brooks-Gunn, J. (1979) *Social Cognition and the Acquisition of Self* (New York: Plenum Press).

Lewis, M., Sullivan, M. W., Stanger, C. and Weiss, M. (1989) 'Self-development and self-conscious emotions', *Child Development* **60**, 146–56.

Liebowitz, M. R., Schneier, P., Campeas, R., Hollander, E., Hatterer, J., Fyer, A., Gorman, J., Papp, L., Davies, S., Gully, R. and Klein, D. F. (1992) 'Phenelzine vs atenolol in social phobia: A placebo controlled trial', *Archives of General Psychiatry* **49**, 290–300.

Lykken, D. T., McGue, M., Tellegen, A. and Bouchard, T. J. (1992) 'Emergenesis: Genetic traits that may not run in families', *American Psychologist* **47**, 1565–77.

Marcus, D. K. and Miller, R. S. (1999) 'The perception of "live" embarrassment: A social relations analysis of class presentations', *Cognition and Emotion* **13**, 105–17.

Marshall, P. (1989) 'Attention deficit disorder and allergy: A neurochemical model of the relation between the illnesses', *Psychological Bulletin* **106**, 434–46.

Marshall, P. J. and Stevenson-Hinde, J. (1998) 'Behavioral inhibition, heart period, and respiratory sinus arrhythmia in young children', *Developmental Psychobiology* **33**, 283–92.

Matheny, Jr, A.P. (1989) 'Children's behavioral inhibition over age and across situations: Genetic similarity for a trait during change', *Journal of Personality* **57**, 215–35.

Matthews, G. and Gilliland, K. (1999) 'The personality theories of H. J. Eysenck and J. A. Gray: A comparative review', *Personality and Individual Differences* **26**, 583–626.

McCroskey, J. C. (1970) 'Measures of communication-bound anxiety', *Speech Monographs 37*, 269–77.

McCroskey, J. C., Anderson, J. F., Richmond, V. P. and Wheeless, L. R. (1981) 'Communication apprehension of elementary and secondary school students and their teachers', *Communication Education* **30**, 122–32.

McCroskey, J. C. and Beatty, M. J. (1986) 'Oral communication apprehension', in W. H. Jones, J. M. Cheek and S. R. Briggs (eds), *Shyness: Perspectives on Research and Treatment* (New York: Plenum), 279–93.

McLeod, C. (1996) 'Anxiety and cognitive processes', in I. G. Sarason, G. R. Pierce and B. R. Sarason (eds), *Cognitive Interference* (Mahwah, NJ: Erlbaum), 47–76.

Meichenbaum, D. and Cameron, R. (1982) 'Cognitive-behavior therapy', in G. T. Wilson and C. M. Franks (eds), *Contemporary Behavior Therapy* (New York: Guilford Press), 310–38.

Melchior, L. A. and Cheek, J. (1990) 'Shyness and anxious self-preoccupation during a social interaction', *Journal of Social Behavior and Personality* **5**, 117–30.

Miller, R. S. (1987) 'Empathic embarrassment: Situational and personal determinants of reactions to the embarrassment of another', *Journal of Personality and Social Psychology* **53**, 1061–9.

Miller, R. S. (1992) 'The nature and severity of self-reported embarrassing circumstances', *Personality and Social Psychology Bulletin* **18**, 190–8.

Miller, R. S. (1995) 'On the nature of embarrassability: Shyness, social evaluation, and social skill', *Journal of Personality* **63**, 315–39.

Miller, R. S. (1996) *Embarrassment: Poise and Peril in Everyday Life* (New York: Guilford Press).

Mills, R. S. L. and Rubin, K. H. (1993) 'Socialization factors in the development of social withdrawal', in K. H. Rubin and J. B. Asendorpf (eds), *Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood* (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 117–48.

Mischel, W. (1968) *Personality and Assessment* (New York: Wiley).

Modigliani, A. (1968) 'Embarrassment and embarrassability', *Sociometry* **31**, 313–26.

Modigliani, A. (1971) 'Embarrassment, facework, and eye contact: Testing a theory of embarrassment', *Journal of Personality and Social Psychology* **17**, 15–24.

Morris, C. G. (1982) 'Assessment of shyness', unpublished manuscript, University of Michigan.
Mosher, D. L. and White, B. B. (1981) 'On differentiating shame and shyness', *Motivation and Emotion* **5**, 61–74.
Mueller, C. M. and Dweck, C. S. (1998) 'Praise for intelligence can undermine children's motivation and performance', *Journal of Personality and Social Psychology* **75**, 33–52.
Ohman, A. and Dimberg, U. (1978) 'Facial expressions as conditioned stimuli for electrodermal responses: A case of "preparedness"?' *Journal of Personality and Social Psychology* **36**, 1251–8.
Ohman, A., Dimberg, U. and Ost, L. G. (1985) 'Animal and social phobias: Biological constraints on learned fear responses', in S. Reiss and R. R. Bootzin (eds), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (New York: Academic Press), 123–75.
Olsson-Rex, L., Drott, C., Claes, G., Gothberg, G. and Dalman, P. (1998) 'The Boras experience of endoscopic thoracic sympathicotomy for palmar, axillary, facial hyperhidrosis and facial blushing', *European Journal of Surgery* **164**, S580, 23–6.
Ortony, A., Clore, G. L. and Collins, A. (1988) *The Cognitive Structure of Emotions* (Cambridge: Cambridge University Press).
Parrott, W. G., Sabini, J. and Silver, M. (1988) 'The roles of self-esteem and social interaction in embarrassment', *Personality and Social Psychology Bulletin* **14**, 191–202.
Parrott, W. G. and Smith, S. F. (1991) 'Embarrassment: Actual vs. typical cases, classical vs. prototypical representations', *Cognition and Emotion* **5**, 467–88.
Patterson, F. G. P. and Cohn, R. H. (1994) 'Self-recognition and self-awareness in lowland gorillas', in S. T. Parker, R. W. Mitchell and M. L. Boccia (eds), *Self-awareness in Animals and Humans* (Cambridge: Cambridge University Press), 273–90.
Paulhus, D. L. and Morgan, K. L. (1997) 'Perceptions of intelligence in leaderless groups: The dynamic effects of shyness and acquaintance', *Journal of Personality and Social Psychology* **72**, 581–91.
Pilkonis, P. A. (1977a) 'Shyness, public and private, and its relationship to other measures of social behavior', *Journal of Personality* **45**, 585–95.
Pilkonis, P. A. (1977b) 'The behavioral consequences of shyness', *Journal of Personality* **45**, 596–611.
Pilkonis, P. A. and Zimbardo, P. G. (1979) 'The personal and social dynamics of shyness', in C.E. Izard (ed.), *Emotions in Personality and Psychopathology* (New York: Plenum), 133–60.
Plomin, R. and Daniels, D. (1987) 'Why are children in the same family so different from each other?', *The Behavioral and Brain Sciences* **10**, 1–16.
Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A. and Maiti, A. K. (1994) 'Vagal tone and the physiological regulation of emotion', *Monographs of the Society for Research in Child Development* **59**, 167–86.
Reddy, V. (2000) 'Coyness in early infancy', *Developmental Science* **3**, 186–92.
Reimer, M. S. (1996) '"Sinking into the ground": The development and consequences of shame in adolescence', *Developmental Review* **16**, 321–63.

Reznick, J. S., Kagan, J., Snidman, N., Gersten, M., Baak, K. and Rosenberg, A. (1986) 'Inhibited and uninhibited children: A follow-up study', *Child Development* **57**, 660–80.

Rodgers, J. L., Rowe, D. C. and Li, C. (1994) 'Beyond nature versus nurture: DF analysis of nonshared influences on problem behaviors', *Developmental Psychology* **30**, 374–84.

Rothbart, M. K. and Bates, J. E. (1998) 'Temperament', in N. Eisenberg (ed.), *Handbook of Child Psychology. Volume 3. Social, Emotional and Personality Development* (New York: Wiley), 105–76.

Rowe, D. C. and Plomin, R. (1977) 'Temperament in early childhood', *Journal of Personality Assessment* **41**, 150–6.

Rubin, K. H. (1993) 'The Waterloo Longitudinal Project: Correlates and consequences of social withdrawal from childhood to adolescence', in K. H. Rubin and J. B. Asendorpf (eds), *Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood* (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 291–314.

Russell, D., Cutrona, C. and Jones, W. H. (1986) 'A trait-situational analysis of shyness', in W. H. Jones, J. M. Cheek and S. R. Briggs (eds), *Shyness: Perspectives on Research and Treatment* (New York: Plenum Press), 239–49.

Rutter, M. (1989) 'Pathways from childhood to adult life', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **30**, 25–51.

Scherer, K. R. (1984) 'On the nature and function of emotion: A component process approach', in K. R. Scherer and P. Ekman (eds), *Approaches to Emotion* (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 293–318.

Schlenker, B. R. and Leary, M. R. (1982) 'Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model', *Psychological Bulletin* **92**, 641–69.

Schlette, P., Brandstrom, S., Eisemann, M., Sigvardsson, S., Nylander, P.-O., Adolfsson, R. and Peris, C. (1998) 'Perceived parental rearing behaviours and temperament and character in healthy adults', *Personality and Individual Differences* **24**, 661–8.

Schmidt, L. A. and Fox, N. A. (1994) 'Patterns of cortical electrophysiology and autonomic activity in adults' shyness and sociability', *Biological Psychology* **38**, 183–98.

Schmidt, L. A. and Fox, N. A. (1996) 'Left-frontal EEG activation in the development of toddlers' sociability', *Brain and Cognition* **32**, 243–6.

Schmidt, L. A. and Fox, N. A. (1999) 'Conceptual, biological, and behavioral distinctions among different categories of shy children', in L. A. Schmidt and J. Schulkin (eds), *Extreme Fear, Shyness, and Social Phobia* (New York: Oxford University Press), 47–66.

Schmidt, L. A., Fox, N. A., Rubin, K. H., Sternberg, E. M., Gold, P. W., Smith, C. C. and Schulkin, J. (1997) 'Behavioral and neuroendocrine responses in shy children', *Developmental Psychobiology* **30**, 127–40.

Schmidt, L. A., Fox, N. A., Sternberg, E., Gold, P. W., Smith, C. C. and Schulkin, J. (1999) 'Adrenocortical reactivity and social competence in seven year-olds', *Personality and Individual Differences* **26**, 977–85.

Schmidt, L. A. and Robinson, Jr., T. N. (1992) 'Low self-esteem in differentiating fearful and self-conscious forms of shyness', *Psychological Reports* **70**, 255–7.

Schneier, F. R., Johnson, J., Horning, C. D., Liebowitz, M. R. and Weissman, M. M. (1992) 'Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample', *Archives of General Psychiatry* **49**, 282–8.

Scholing, A. and Emmelkamp, P. M. G. (1996) 'Treatment of fear of blushing, sweating, or trembling: Results at long-term follow-up', *Behavior Modification* **20**, 338–56.

Schore, A. N. (1998) 'Early shame experiences and infant brain development', in P. Gilbert and B. Andrews (eds), *Shame* (New York: Oxford University Press), 57–77.

Seifer, R., Schillier, M., Sameroff, A. J., Resnick, S. and Riordan, K. (1996) 'Attachment, maternal sensitivity, and infant temperament during the first year of life', *Developmental Psychology* **32**, 12–25.

Seligman, M. E. P. (1971) 'Phobias and preparedness', *Behavior Therapy* **2**, 307–20.

Selman, R. (1980) *The Growth of Interpersonal Understanding: Development and Clinical Analysis* (New York: Academic Press).

Semin, G. R. and Manstead, A. S. R. (1981) 'The beholder beheld: a study of social emotionality', *European Journal of Social Psychology* **11**, 253–65.

Semin, G. R. and Manstead, A. S. R. (1982) 'The social implications of embarrassment displays and restitution behaviour', *European Journal of Social Psychology* **12**, 367–77.

Semin, G. R. and Manstead, A. S. R. (1983) *The Accountability of Conduct: A Social Psychological Analysis* (London: Academic Press).

Shearn, D., Bergman, E., Hill, K., Abel, A. and Hinds, L. (1990) 'Facial coloration and temperature responses in blushing', *Psychophysiology* **27**, 687–93.

Sheldon, W. H. (1940) *The Varieties of Human Physique* (New York: Harper).

Shepperd, J. A. and Arkin, R. M. (1990) 'Shyness and self-presentation', in W. R. Crozier (ed.), *Shyness and Embarrassment: Perspectives from Social Psychology* (New York: Cambridge University Press), 286–314.

Silver, M., Sabini, J. and Parrott, W. G. (1987) 'Embarrassment: A dramaturgic account', *Journal for the Theory of Social Behaviour* **17**, 47–61.

Simmons, R. G., Rosenberg, F. and Rosenberg, M. (1973) 'Disturbance in the self-image at adolescence', *American Sociological Review* **38**, 553–68.

Spinath, F. M. and Angleiter, A. (1998) 'Contrast effects in Buss and Plomin's EAS questionnaire: A behavioral-genetic study on early developing personality traits assessed through parental ratings', *Personality and Individual Differences* **25**, 947–63.

Spoont, M. R. (1992) 'Modulatory role of serotonin in neural information processing: Implications for human psychopathology', *Psychological Bulletin* **112**, 330–50.

Stein, D. J. and Bouwer, C. (1997) 'Blushing and social phobia: A neuroethological speculation', *Medical Hypotheses* **49**, 101–8.

Stein, M. B., Fyer, A. J., Davidson, J. R. T., Pollack, M. H. and Wiita, B. (1999) 'Fluvoxamine in the treatment of social phobia: A double-blind, placebo-controlled study', *American Journal of Psychiatry* **156**, 756–60.

Stein, M. B., Liebowitz, M., Lydiard, B., Pitts, C. D., Bushnell, W. and Gergel, I. (1998) 'Paroxetine treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder)', *JAMA: Journal of the American Medical Association* **280**, 708–13.

Stein, M. D., Heuser, I. J., Juncos, J. L. and Uhde, T. W. (1990) 'Anxiety disorders in patients with Parkinson's disease', *American Journal of Psychiatry* **147**, 217–20.
Steins, G. and Wicklund, R. A. (1996) 'Perspective-taking, conflict, and press: Drawing an E on your forehead', *Basic and Applied Social Psychology* **18**, 319–46.
Stevenson-Hinde, J. and Glover, A. (1996) 'Shy girls and boys: A new look', *Journal of Child Psychology and Psychiatry* **37**, 181–7.
Stevenson-Hinde, J. and Shouldice, A. (1993) 'Wariness to strangers: A behavior systems perspective revisited', in K. H. Rubin and J. B. Asendorpf (eds), *Social Withdrawal, Inhibition, and Shyness in Childhood* (Hillsdale, NJ: Erlbaum), 101–16.
Stipek, D. (1995) 'The development of pride and shame in toddlers', in J. P. Tangney and K. W. Fischer (eds), *Self-conscious Emotions* (New York: Guilford Press) 237–52.
Stopa, L. and Clark, D. M. (1993) 'Cognitive processes in social phobia', *Behaviour Research and Therapy* **31**, 255–67.
Stravynski, A. and Greenberg, D. (1998) 'The treatment of social phobia: A critical assessment', *Acta Psychiatrica Scandinavica* **98**, 171–81.
Sutherland, S. M. and Davidson, J. R. T. (1995) 'Beta-blockers and benzodiazepines in pharmacotherapy', in M. B. Stein (ed.), *Social Phobia* (Washington, DC: American Psychiatric Press), 323–46.
Szkrybalo, J. and Ruble, D. N. (1999) '"God made me a girl": Sex-category constancy judgments and explanations revisited', *Developmental Psychology* **35**, 392–402.
Tangney, J. P. and Fischer, K. W. (eds) (1995) *Self-conscious Emotions* (New York: Guilford).
Tangney, J. P., Miller, R. S., Flicker, L. and Barlow, D. H. (1996) 'Are shame, guilt, and embarrassment distinct emotions?', *Journal of Personality and Social Psychology* **70**, 1256–64.
Tannen, D. (1992) *You Just Don't Understand. Women and Men in Conversation* (London: Virago).
Taylor, G. (1985) *Pride, Shame, and Guilt: Emotions of Self Assessment* (Oxford: Clarendon Press).
Teleranta, T. (1998) 'Treatment of social phobia by endoscopic thoracic sympathicotomy', *European Journal of Surgery* **164**, S580, 27–32.
Tice, D. M., Buder, J. and Baumeister, R. F. (1985) 'Development of self-consciousness: At what age does audience pressure disrupt performance?', *Adolescence* **20**, 301–5.
Tomkins, S. S. (1963) *Affect, Imagery, Consciousness. Vol. 2: The Negative Affects* (New York: Springer).
Tomkins, S. S. (1995) 'The varieties of shame and its magnification', in E. V. Demos (ed.), *Exploring Affect: The Selected Writings of Silvan S. Tomkins* (Cambridge: Cambridge University Press), 397–410.
Turner, B. and Rennell, T. (1995) *When Daddy Came Home* (London: Hutchinson).
Turner, S. M., Beidel, D. C. and Jacob, R. G. (1994) 'Social phobia: A comparison of behavior therapy and atenolol', *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **62**, 350–8.

Turner, S. M., Beidel, D. C. and Townsley, R. M. (1990) 'Social phobia: Relationship to shyness', *Behaviour Research and Therapy* **28**, 497–505.
Turner, S. M., Beidel, D. C. and Wolff, P. L. (1996) 'Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders?', *Clinical Psychology Review* **16**, 157–72.
Updike, J. (1980) *Your Lover Just Called* (Harmondsworth: Penguin).
Van Ameringen, M., Mancini, C., Farvolden, P. and Oakman, J. M. (1999a) 'Pharmacotherapy for social phobia: What works, what might work and what doesn't work at all', *CNS Spectrums: The International Journal of Neuropsychiatric Medicine* **4** (11), 61–8.
Van Ameringen, M., Mancini, C. and Oakman, J. M. (1998) 'The relationship of behavioral inhibition and shyness to anxiety disorder', *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 425–31.
Van Ameringen, M., Mancini, C. and Oakman, J. M. (1999b) 'Nefazodone in social phobia', *Journal of Clinical Psychiatry* **60**, 96–100.
Van Ameringen, M., Mancini, C., Oakman, J. M. and Farvolden, P. (1999c) 'Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in the treatment of social phobia', *CNS Drugs* **11**, 307–15.
Van der Molen, H. (1990) 'A definition of shyness and its implications for clinical practice', in W. R. Crozier (ed.), *Shyness and Embarrassment: Perspectives from Social Psychology* (New York: Cambridge University Press), 255–85.
Van Vliet, I. M., Den Boer, J. A. and Westenberg, H. G. M. (1992) 'Psychopharmacological treatment of social phobia: Clinical and biochemical effects of brofaromine, a selective MAO-A inhibitor', *European Neuropsychopharmacology* **2**, 21–9.
Van Vliet, I. M., Den Boer, J. and Westenberg, H. G. M. (1994) 'Psychopharmacological treatment of social phobia: A double-blind placebo controlled study with fluvoxamine', *Psychopharmacology* **115**, 128–34.
Van Vliet, I. M., Den Boer, J. A., Westenberg, H. G. M. and Pian, K. L. H. (1997) 'Clinical effects of buspirone in social phobia: A double-blind placebo-controlled study', *Journal of Clinical Psychiatry* **58**, 164–8.
Versiani, M., Nardi, A. E. and Mundim, F. D. (1989) 'Fobia social/Social phobia', *Jornal Brasilerio de Psiquitria* **38**, 251–63.
Versiani, M., Nardi, A. E., Mundim, F. D., Alves, A. B., Liebowitz, M. R. and Amrein, R. (1992) 'Pharmacotherapy of social phobia: A controlled study with moclobemide and phenelzine', *British Journal of Psychiatry* **161**, 353–60.
Walker, J. R. and Stein, M. B. (1995) 'Epidemiology', in M. B. Stein (ed.), *Social Phobia* (Washington, DC: American Psychiatric Press), 43–75.
Watson, J. B. and Rayner, R. (1920) 'Conditioned emotional reactions', *Journal of Experimental Psychology* **3**, 319–24.
Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A. and Gelder, M. G. (1995) 'Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs', *Behavior Therapy* **26**, 153–61.
Wimmer, H. and Perner, J. (1983) 'Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception', *Cognition* **13**, 103–28.

Woody, S. R., Chambless, D. L. and Glass, C. R. (1997) 'Self-focused attention in the treatment of social phobia', *Behaviour Research and Therapy* **35**, 117–29.

Younger, A. J. and Daniels, T. M. (1992) 'Children's reasons for nominating their peers as withdrawn: Passive withdrawal versus active isolation', *Developmental Psychology* **28**, 955–60.

Younger, A. J. and Piccinin, A. M. (1989) 'Children's recall of aggressive and withdrawn behaviors: Recognition memory and likability judgments', *Child Development* **60**, 580–90.

Zajonc, R. B. (1980) 'Feeling and thinking: Preferences need no inferences', *American Psychologist* **35**, 151–75.

Zimbardo, P. G. (1977) *Shyness* (Reading, MA: Addison-Wesley).

Zimbardo, P. G., Pilkonis, P. A. and Norwood, R. M. (1974) *The silent prison of shyness*, Office of Naval Research Technical Report Z–17, Stanford University.

هذا الكتاب

يقدم الكتاب عرضا نقديا مبسطا لأهم ما توصلت إليه الدراسات النفسية الحديثة من نتائج في موضوع الخجل، والمفاهيم وثيقة الصلة به، وبيان دلالاتها ومعانيها للقارئ، وكيفية الاستفادة منها، سواء للقارئ العادي أو القارئ المتخصص. فمن منظور علم النفس الارتقائي يسأل المؤلف: ما الذي يجعل الأفراد خجولين؟ وإلى أي حد تتفاعل العوامل الوراثية والبيئية معا في تحديد درجة ما يعانيه الفرد من خجل؟ ومن منظور الشخصية يسأل المؤلف: هل الخجل يعد سمة أساسية من سمات الشخصية؟ ومن منظور علم النفس الاجتماعي يوضح المؤلف إلى أي مدى يوجد تشابه بين الخجل والارتباك، وذلك في إطار ظاهرة احمرار الوجه، التي ترتبط بهما. وهل الخجل والارتباك شكلان مختلفان من القلق؟ أم أنهما انفعالان متمايزان؟ وكيف يمكن فهم الوعي بالذات في الحالتين؟ وأخيرا يتناول المؤلف الخجل من منظور علم النفس العيادي، في إطار المفهوم الواسع للقلق الاجتماعي، ويعرض لأساليب علاجه، بما في ذلك العلاج المعرفي السلوكي والعلاج الدوائي، وعلى ذلك فإن النظر إلى الخجل من مختلف هذه المناظير والتوجهات البحثية هو إحدى مميزات الكتاب الحالي، التي تتيح لنا فهما شاملا لظاهرة معقدة يعرضها المؤلف بسلاسة وبساطة، من دون تحيز إلى فكرة أو تعصب لرأي.

ISBN 978 - 99906 - 0 - 266 - 1

رقم الإيداع (٢٠٠٩/٠٠٨)